

Р.Р. ЛИДЕМАН

ЗА ГРАНЬЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗНАНИЕ»
1992

ББК 56.14
Л 55

Роберт Рафаилович ЛИДЕМАН — доктор биологических наук, профессор, руководит лабораторией клинической биохимии. Автор более 50 научных публикаций.

Редактор ФЕОКТИСТОВА Н. И.

Лидеман Р. Р.

Л 55 За гранью психического здоровья.— М.: Знание, 1992.— 192 с.— (Нар. ун-т. Естественнаучный фак.).

ISBN 5-07-002298-9

С каждым днем жизнь предъявляет к психике человека все более жесткие требования. Все больше людей тонут в безбрежном океане неврозов, уходят в себя, начинают бесконтрольно принимать психотропные средства.

Избежать подавленного состояния, справиться с надвигающейся бедой, не дать переступить ту грань, черту, за которой начинается болезнь, поможет вам эта книга.

Л $\frac{4105010000-004}{073(02)-92}$ 42—92

ББК 56.14

ISBN 5-07-002298-9

© Лидеман Р. Р., 1992 г.

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

— Нужны ли популярные книги по вопросам психического здоровья, и если да, то в какой мере?

— Судите сами: обследование посетителей районных поликлиник показало, что каждый третий из них мог бы значительно улучшить состояние своего психического здоровья, обратившись за советом к психотерапевту или психиатру.

— Почему же этого не происходит?

— По многим причинам. Назовем лишь три, важнейшие из них.

Первое: многие просто не осознают того, что докушающие им телесные расстройства связаны с нарушением психических функций.

Вторая причина такого неутешительного положения дел коренится в том, что расстройства психической деятельности зачастую воспринимаются как синоним душевной болезни. Это глубокое заблуждение. Психиатр сегодня — это не только хирург, но и врач-косметолог. А ведь к последнему многие обращаются лишь затем, чтобы улучшить свой внешний облик.

Наконец, третья причина — это убеждение людей в том, что психические расстройства — что-то недостойное, их надо скрывать от окружающих или стараться не замечать вовсе.

Все заблуждения — следствие низкой культуры, а не проявление каких-то общечеловеческих — и поэтому неустранимых — качеств. Мы имеем право утверждать это хотя бы потому, что население других стран по-иному относятся к своему психическому здоровью. Известно, например, что граждане США обращаются к психиатрам на протяжении года более 60 миллионов раз. Кто — за помощью, кто — за консультацией по конкретному вопросу, т. е. за советом. Психиатры знают, что порою одна такая беседа может, как говорится, облегчить человеку душу, помочь разобраться в его проблемах.

Разумное и бережное отношение к своему психичес-

кому здоровью требует от каждого хотя бы минимальных знаний о закономерностях психической деятельности и характере возможных ее нарушений. Без этого просто невозможно своевременно распознать их и обратиться за помощью к психотерапевту или психиатру.

Знакомство с психиатрией, однако, затруднено сложностью самой этой дисциплины и в еще большей мере тем языком, на котором общаются между собой психиатры.

Памятуя об этом, автор, во-первых, постарался не злоупотреблять психиатрическими терминами и, во-вторых, внес в текст ряд сведений по биологии, психологии и другим тесно связанным с психиатрией дисциплинам.

Читателю, интересующемуся биологическими механизмами работы мозга, автор рекомендует превосходно написанную группой авторов книгу «Мозг, разум и поведение», изданную в 1988 году издательством «Мир». В ней обсуждены некоторые нарушения работы мозга, не нашедшие отражения на страницах настоящей книги.

Автором рассмотрены далеко не все известные в настоящее время расстройства психической деятельности. Отобраны лишь те из них, знакомство с которыми абсолютно необходимо для выработки общего представления относительно природы расстройств психической деятельности, психических болезней и важнейших их проявлений.

В связи с популярным характером и ограниченным объемом книги в ней отсутствует библиографический указатель. В книге названы, как правило, ученые, внесшие заметный вклад в развитие психиатрии и смежных с ней дисциплин, и психиатры, активно разрабатывающие отдельные направления психиатрии в настоящее время.

Автор благодарит сотрудников научного центра психического здоровья за консультации в процессе подготовки книги.

Автор выражает глубокую признательность сотруднику научного центра психического здоровья профессору А. Б. Смулевичу и заведующему кафедрой медицинской психологии МГУ профессору Ю. Ф. Полякову, которые, ознакомившись с рукописью книги, высказали ряд ценных замечаний.

О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Что такое психическое здоровье? Как работает психиатр? Медицинская модель психического заболевания. Психологические тесты и опросники на службе психиатрии.

1

На первый взгляд кажется естественным начать наш разговор с определения понятий психического здоровья и нездоровья. Мы, однако, возьмемся за решение этой задачи лишь в самом конце книги, после того как подробно ознакомимся с некоторыми конкретными видами нарушений психической деятельности.

Дело в том, что понятия здоровья и нездоровья относятся к числу фундаментальных, основополагающих для всей медицины в целом. Определить их — значит дать ответ на «вечные вопросы», которые с большой легкостью задают дети и над которыми ломают головы специалисты.

В подобном же положении находятся многие исследователи, например биологи (они пытаются дать определение жизни) и физики (ищущие ответы на вопросы, что такое элементарные частицы, пространство, время). Не более успешными, как мы понимаем сегодня, оказались многовековые попытки определить перечень социально приемлемых форм поведения. Наконец была найдена формулировка: «Разрешено все то, что не запрещено законом». В ней содержится (в неявном виде) убеждение в принципиальной невозможности составить исчерпывающий список «правильных» форм поведения, как бы нам ни хотелось (по тем или иным причинам) сделать это.

Совершенно аналогичным образом следует подходить к обсуждению проблем психического здоровья. Возможные формы проявления активности психически здо-

ровой личности бесконечно разнообразны. Психически здоровым, следовательно, может быть лишь тот, кто, исходя из современного уровня развития медицины, не является больным. Коль скоро это так, тогда действительно только внимательное изучение различных проявлений психического нездоровья позволит нам разобраться в интересующей проблеме.

Но как в таком случае определить тот рубеж, за которым начинается психическое нездоровье? Да и существует ли он?

Ответим на этот вопрос сразу же и недвусмысленно. Все наши попытки окончательно (то есть раз и навсегда) установить положение границы, отделяющей область психического здоровья от нездоровья, обречены на неудачу; эти области смыкаются и незаметным образом переходят одна в другую.

Один из крупнейших психиатров прошлого века В. Гризингер так писал по этому поводу: «Дилемма «человек либо сумасшедший, либо нет» совершенно неверна. Вообще между здоровьем и болезнью нет определенной границы; в психиатрии, как и в остальной патологии, есть среднее состояние некоторого расстройства, которое, однако, не составляет еще видимой болезни и в котором субъект представляет еще многие признаки здоровья».

Для того чтобы нагляднее представить проблему разграничения психического здоровья и нездоровья, воспользуемся аналогией, предложенной швейцарским психиатром Э. Блейлером, несколько видоизменив ее применительно к нашей теме.

В поселке, расположенном на склоне холма, одни дома стоят почти на вершине, другие спускаются в долину. При этом всегда найдется несколько домов, которые трудно отнести к той или другой категории. Но как же быть, если практические соображения все-таки вынуждают нас сделать это? Кто-то попытается решить задачу, тщательно изучая архитектуру домов поселка. И не исключено, что стены и крыши домов, построенных на вершине холма, действительно отличаются определенным своеобразием. «Но не лучше ли договориться,— пишет Э. Блейлер,— что все дома, расположенные выше 500 метров над уровнем моря, стоят на холме, а остальные — в низине. Тогда на карте поселка можно

будет провести линию, разделяющую всех жителей на «обитателей холма» и «обитателей долины».

Использованное нами выражение «договориться» крайне неоднозначно. Расшифровать его содержание мы сможем лишь в заключительной главе. Сейчас же, пожалуй, важнее всего понять, что положение интересующей нас границы не может быть определено однозначно подобно тому, как мы определяем скорость света или заряд электрона. И дело здесь не в отсутствии инструмента, обладающего достаточной точностью, а в том, что представления об этой границе формируются всякий раз под влиянием господствующих в умах людей мнений относительно их собственной природы.

Так, в частности, возраст, начиная с которого человек становится взрослым, неодинаков в различных странах. Он, этот возраст, задан не учеными-биологами, а законом. Суд различным образом отнесется к достигшему совершеннолетия и несовершеннолетнему преступникам, хотя фактически они не различаются по уровню биологической зрелости.

Проблема границы волнует не только психиатров. Она постоянно возникает в самых различных областях человеческой деятельности. К числу наиболее горячо обсуждаемых в последние годы вопросов медицинской этики относится, в частности, вопрос о возрасте плода, по достижении которого проведение аборта следует считать неприемлемым по моральным соображениям. Не менее бурные дискуссии вызывает и установление момента смерти пациента, и многие другие вопросы.

Положение еще более осложняется тем, что «нездоровье» и «болезнь» — это не одно и то же. В английском языке, например, состояние нездоровья соответствует выражение *illness*, а болезни — *disease*. Но что скрывается за этим различием, мы сможем узнать лишь в самом конце книги.

Психиатр всякий раз сталкивается с проблемой границы при постановке диагноза. Дело в том, что не только психическое здоровье незаметным образом переходит в нездоровье, но и отдельные психические заболевания не отделены друг от друга с достаточной четкостью. Вопрос о положении границы, разделяющей соседние заболевания, крайне важен: от поставленного диагноза зависит назначаемое пациенту лечение.

При некоторых болезненных состояниях индивид не

способен отдавать себе отчет в собственных действиях и руководить ими. Такие лица признаются невменяемыми. Они не несут уголовной ответственности за совершенные противоправные поступки. Очевидно, что, выступая в суде в качестве врача-эксперта, психиатр должен очень четко представлять себе, где проходит граница, отделяющая такие особые состояния психики от обычных состояний. Сходные проблемы возникают и при рассмотрении гражданских дел. Здесь, однако, речь идет не о вменяемости, а о дееспособности, например, о том, в какой мере данное лицо способно распоряжаться имуществом по своему усмотрению.

Из сказанного следует, что знакомство с психиатрией лучше начать не с блужданий на границе здоровья и нездоровья. Совершив глубокий рейд в страну психических расстройств, мы обязательно обнаружим там такие качественные нарушения психической деятельности, которые не только врач-психиатр, но и любой непредубежденный человек расценит как серьезные психические заболевания.

К сожалению, в рамках небольшой книги мы не можем проследить в полной мере, как складывалось в сознании психиатров представление о психической болезни. Для того чтобы разобраться в этом, пришлось бы серьезно углубиться в историю психиатрии. Поэтому мы ограничимся тем, что ознакомимся с основными итогами работы психиатров.

Для того чтобы судить о состоянии пациента, психиатр должен каким-то образом заглянуть ему в душу. С этой целью он анализирует поведение больного: особенности мимики, жестикуляции, походки, манеру говорить и, что, пожалуй, наиболее важно, — содержание его речи. Иногда, чтобы подчеркнуть, какую большую роль играет в работе психиатра беседа с больным, говорят, что, даже лишившись зрения, он — в отличие от врачей всех других специальностей — не утратит своего мастерства.

Несомненно, необходимая для психиатра профессиональная черта — это умение проникать в душевный мир пациента. Многие старые психиатры подчеркивали, что такая способность дается не только знанием и опытом, но и зависит от особенностей личности врача, иногда даже его интуиции.

Некоторые исследователи определяют эту способность

как эмпатию. «Быть в состоянии эмпатии,— пишет американский психолог К. Роджерс,— означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения как будто... Эмпатический способ общения... подразумевает вхождение в личный мир другого и пребывание в нем, «как дома».

Интересна характеристика, которую дает этот автор лицам, способным к эмпатии. «Это могут осуществить только люди, чувствующие себя достаточно безопасно в определенном смысле: они знают, что не потеряют себя в порой странном или причудливом мире другого и что смогут успешно вернуться в свой мир, когда захотят... Быть эмпатичным трудно... Это значит быть ответственным, активным, сильным и в то же время тонким и чутким».

В беседе с больным врач невольно проявляет свои собственные ему особенности характера и личности. Непревзойденным мастером расспроса больного был русский психиатр П. Б. Ганнушкин. «При беседе с ним,— писал ученик П. Б. Ганнушкина О. В. Кербиков,— больной чувствовал и понимал, что беседа для Ганнушкина нечто большее, чем служебная обязанность... что рассказ больного интересен для Ганнушкина, что он даже увлекает его. Ганнушкин при этом обычно не скрывал своих чувств; он смеялся, сожалел, сердился, сопереживал... И это располагало к нему больных, они полностью раскрывались в беседе с ним».

У врача могут быть свои предпочтения. Некоторых психиатров привлекает сложный, а подчас противоречивый душевный мир артистов, литераторов, художников; другие же чувствуют себя в этом мире не совсем уютно. Да и сам больной нередко настойчиво ищет врача, удовлетворяющего каким-то его не до конца осознаваемым потребностям. Есть, например, больные, которые не доверяют светилам и предпочитают лечиться у простого врача. Другие же пациенты не жалеют времени и сил для того, чтобы попасть на прием к профессору. Изучение взаимоотношений врача-психиатра и больного — это необычайно интересная и деликатная область исследований, на которой мы за неимением места не можем останавливаться.

Для того чтобы составить возможно более полное

представление о своем пациенте, врач расспрашивает его родственников, друзей и сослуживцев. Психическое расстройство нередко развивается исподволь на протяжении месяцев, иногда лет, поэтому врач интересуется прошлым больного; подробности он узнает как от самого пациента, так и от его близких. Сведения о прошлом пациента называют **анамнезом**. Собирая анамнез, врач, конечно, понимает, что и сам больной и его родственники далеко не всегда правильно передают происшедшие события. И дело вовсе не в сознательном желании ввести врача в заблуждение. Любой человек, излагая так называемые факты, всегда придерживается каких-то общих представлений о смысле и существе виденного, что зачастую приводит к искажению реальной картины. С аналогичной ситуацией сталкиваются и юристы при опросе свидетелей какого-либо происшествия. В нашей же ситуации дело осложняется еще и тем, что обыденный разговорный язык не вполне приспособлен для точного описания тех состояний психики больного, которые больше всего интересуют психиатра.

Часто близкие пациенту люди неверно оценивают важность психических нарушений и поэтому могут вообще не упомянуть о некоторых из них. Интересно, что и студенты-медики, впервые переступившие порог психиатрической клиники, обычно оказываются не в состоянии разглядеть у пациента ничего особенного. «Вместо ожидаемых с замиранием сердца «сумасшедших», «безумцев» с опасным и непонятным поведением,— пишет по этому поводу психолог Б. С. Братусь,— перед нами оказывались вполне по внешнему виду «нормальные люди», которые вели себя «как все»: здоровались, охотно беседовали, высказывали иногда весьма интересные мысли и т. д. А то, что они могли вдруг с жаром говорить о преследовании их со стороны соседей или инопланетян, казалось студентам поправимым, для этого надо лишь найти действенный способ убедить их, что они заблуждаются... Каждый студент спешил привести похожие, на его взгляд, случаи из своего опыта, из наблюдений за другими, из описаний художественной и популярной литературы, короче, сводил все к формуле «а с кем этого не бывает»...

Так мы незаметно перешли к другой часто повторяющейся ошибке, когда родственник больного пытается найти психологически разумное объяснение болезненно-

му поведению: «Я бы вел себя так, как он, если бы со мной случилось то-то и то-то» — так приблизительно рассуждает родственник. Неудивительно, что ему удается довольно легко найти в прошлом пациента подходящее событие. Сообщая о нем врачу, он тем самым затрудняет воссоздание истинной картины заболевания.

Другой, более сложный случай может быть обусловлен неосознаваемым страхом за близкого человека. К примеру, мать, рассказывая врачу о странностях сына, конечно, хочет, чтобы врач помог ему. Вместе с тем она страшится будущего: ее пугает мысль о возможном психическом заболевании сына. И невольно мать утаивает от врача факты, которые представляются ей слишком ужасными.

Собирая анамнез и расспрашивая больного, врач понимает, что взгляд больного на свое прошлое зачастую определяется его нынешним болезненным состоянием. Помнит врач и о возможной диссимуляции — сознательном сокрытии больным переживаемого болезненного состояния.

Диссимуляция может быть вызвана разными причинами, например нежеланием больного признать сам факт заболевания или каких-то его проявлений. Наиболее же частой причиной диссимуляции является страх пациента перед психиатрической больницей. Страх этот в настоящее время в значительной мере не обоснован: врач не имеет права на принудительное (т. е. без согласия больного) стационарирование пациента, за исключением тех случаев, когда состояние его здоровья представляет прямую угрозу его собственной жизни или жизни окружающих (см. главу 7).

Анализируя общую картину психического состояния пациента, врач вычленяет из нее отдельные фрагменты, представляющие для него особый интерес. Эти фрагменты получили название **симптомов**, которые, таким образом, являются клиническими признаками болезненного состояния. Они не существуют изолированно друг от друга, а как бы группируются в определенные сочетания. Такие сочетания симптомов называют **синдромами**. Если представить себе симптом в виде буквы, то синдром — это слово, имеющее для специалиста определенный смысл. Понятия симптома и синдрома основополагающи не только для психиатрии, но и для всей медицины в целом. Симптомами являются, например, высокая

температура, потеря сознания, головная боль, галлюцинации, страх и многое другое.

В словаре врача-психиатра насчитывается более сотни «слов»-синдромов. И подобно тому как в нашем языке слова могут быть разной длины, так и «слова»-синдромы могут содержать разное количество «букв»-симптомов. Бывают синдромы, состоящие всего из одного-двух симптомов, но наряду с ними известны необычайно «многобуквенные» синдромы. Их называют сложными.

Наблюдая больных, врачи заметили, что выявленные ими синдромы не являются чем-то раз и навсегда заданным и неизменным. Со временем отдельные «буквы» в «слове»-синдроме расплываются и исчезают, а на их месте начинают проступать совершенно другие «буквы». Это приводит к тому, что один синдром замещается другим, а тот, в свою очередь, третьим и т. д. Поскольку аналогичную закономерность смены синдромов врачи наблюдали у одного, другого, третьего... сотого пациента, они пришли к заключению о существовании определенного стереотипа смены синдромов: выделяемые ими «слова», сменяя друг друга, складывались в определенные «фразы». Размышляя над этим явлением, психиатры утвердились во мнении, что за всем этим что-то стоит, и это что-то они называли психическим заболеванием.

Психическое заболевание, стали говорить они,— это всегда некий болезненный процесс, протекающий по определенным законам в глубинах мозговой ткани. Современные методы исследования, к сожалению, не позволяют наблюдать его непосредственно, привязав к каким-либо структурным, биохимическим или электрофизиологическим показателям. Однако мы можем судить о нем по тем проявлениям нарушенной психической деятельности, которые этот процесс обуславливают.

Так, в немногих словах мы передали существо той эволюции, которую проделала мысль психиатров за несколько столетий. В начале этого пути врач обращал внимание преимущественно на основные проявления болезни — синдромы, и каждое такое проявление считал отдельным психическим заболеванием.

Представьте себе больного, который находится, судя по всему, наверху блаженства. Он что-то бессвязно кричит, поет, танцует, разрушает все вокруг... Такое состояние больного врачи прежних времен квалифициро-

вали как отдельное заболевание — неистовство. Сегодня мы назовем его маниакальным. Но для нас это уже не отдельное заболевание, не «фраза», а всего лишь один из синдромов (или даже симптомов) совершенно различных заболеваний. И что интересно, при одном заболевании это «слово» располагается в самом начале «фразы», а затем уже никогда не появляется в ней, при другом же вся «фраза» состоит всего из двух «слов», постоянно чередующихся друг с другом.

«Слова»-синдромы, в отличие от слов русского языка, несут на себе слабый отсвет той «фразы», в состав которой они входят. Чем опытнее врач, тем скорее и легче он улавливает этот отсвет и тем вернее определяет характер заболевания пациента. Пользуясь нашим сравнением, можно сказать, что психиатра интересует не столько сама «буква», сколько конкретная, наблюдаемая у данного больного манера ее написания, тот «шрифт», из которого она взята. Например, такой важный симптом, как бред (см. главу 3), может наблюдаться у больного шизофренией и у сыпнотифозного больного. Однако характер бреда у данных больных будет совершенно различным.

Наблюдая больного на протяжении длительного промежутка времени, психиатры отмечают, как правило, усложнение синдромов, что указывает, по их мнению, на развитие протекающего в глубинах его мозга болезненного процесса.

Не следует вместе с тем забывать, что симптом (или синдром) — это не болезненный процесс, а его проявление на психическом, поведенческом или ином уровне. За одним и тем же симптомом (скажем, головной болью) могут скрываться самые различные нарушения деятельности мозга: спазм кровеносных сосудов, повышение величины внутричерепного давления и многое другое.

Нельзя не поражаться колоссальному трудолюбию и изумительной проницательности, которые проявили психиатры при выявлении психических заболеваний.

Одним из наиболее значительных достижений психиатрии прошлого века было выделение (на основании одних лишь клинических наблюдений) в качестве самостоятельного психического заболевания прогрессивного паралича — болезни, сегодня уже практически исчезнувшей. Только спустя много лет после этого был найден

возбудитель этой болезни. Им оказалась бледная спирохета, т. е. тот же самый микроорганизм, который вызывает заболевание сифилисом. Стало очевидным, что по каким-то причинам 3% больных сифилисом со временем заболевают прогрессивным параличом. Чем отличаются эти больные от прочих, неизвестно. Этой проблемой перестали заниматься, так как она потеряла свою актуальность.

Установить связь прогрессивного паралича с сифилисом было не просто: во-первых, как мы уже упоминали выше, далеко не все больные сифилисом заболевают прогрессивным параличом, и во-вторых, сифилис может длительное время протекать практически бессимптомно, а врачи в те годы не располагали лабораторными способами его выявления.

Очень мешало психиатрам и то обстоятельство, что настоящие психические заболевания не предохраняли больного от заболевания прогрессивным параличом. В результате наложения друг на друга симптомов, свойственных различным психическим заболеваниям, возникали очень сложные в клиническом отношении картины болезненного процесса.

Тайна прогрессивного паралича была раскрыта в период бурного развития микробиологии, когда буквально в считанные годы были найдены возбудители многих инфекционных заболеваний — туберкулеза, холеры, тифа, т. е. определены специфические причины этих заболеваний. Под влиянием этих успехов сложилось общее представление о болезни — медицинская модель заболевания.

В рамках этой модели болезнь всегда имеет специфическую причину, вполне определенное клиническое проявление (начиная с самых первых признаков заболевания и кончая его исходом), и наконец, она должна вызывать единообразные и специфические изменения в тканях и органах больного. Естественно, большинство психиатров разделяли точку зрения врачей того времени. Раскрытие природы прогрессивного паралича окончательно убедило их в том, что все выявленные ими психические заболевания являются болезнями мозга в самом строгом смысле этого слова.

Действительность, однако, оказалась сложнее. Прежде всего, никаких других возбудителей психических заболеваний обнаружено не было. Это не мешает, прав-

да, и сегодня некоторым ученым заниматься поисками таких возбудителей, считая, однако, что это должны быть не микроорганизмы, а вирусы. Но даже инфекционные заболевания, как мы теперь понимаем, далеко не всегда отвечают изложенному выше представлению о болезни: заболевания, вызванные одним и тем же возбудителем, протекают и оканчиваются у разных больных не одинаково, а наблюдаемые в их организме изменения не являются строго специфичными.

Постепенно идея о существовании специфической причины психических заболеваний трансформировалась в новую концепцию. Это произошло в основном под влиянием генетических исследований. Биологи стали искать в организме психически больных специфический продукт мутантного гена, который мог бы обусловить нарушение функций мозга. Одновременно генетики занялись детальным выявлением закономерностей наследования психических заболеваний.

Первое направление исследований до настоящего времени не привело к получению принципиально важных для психиатрии результатов, хотя и стимулировало развитие нейробиологических исследований в целом. Второе направление оказалось более плодотворным. Оно не только позволило установить существование наследственного предрасположения к ряду психических болезней, но вместе с тем показало неудовлетворительность представления об обязательном существовании какой-либо единой и специфической причины заболевания. Иными словами, само понимание слова «болезнь» претерпело под влиянием этих исследований существенное изменение. Как это часто бывает в науке, накопление знаний перенесло обсуждение этой проблемы на совершенно новый уровень.

Например, сегодня мы знаем, что задержка психического развития (врожденное или рано приобретенное слабоумие) может возникать различными путями: благодаря влиянию тех или иных вредностей на мозг развивающегося плода, наличию хромосомных нарушений, наследственных дефектов обмена и пр.

Аналогичная ситуация наблюдается и при других, например неврологических, заболеваниях. При болезни Паркинсона у больного отмечаются характерные дрожания мышц, бедность движений, нарушение походки, а порою и психической деятельности, что в далеко за-

шедших случаях приводит его к инвалидности. Клинические признаки заболевания возникают вследствие гибели нейронов, расположенных в строго определенной области мозга. Однако сама эта гибель может быть вызвана травмой, воспалительным процессом или возникнуть на наследственной основе. Таким образом, болезнь Паркинсона — это, строго говоря, не одно заболевание, а семейство заболеваний, при которых происходит утрата определенной группы нейронов и соответственно возникновение характерной симптоматики. Некоторые психиатры полагают, что и шизофрения (см. главу 4) может быть со временем признана такой сборной группой различных (по своему внутреннему содержанию) болезненных процессов.

«Стоит ли, — может спросить читатель, — различать эти заболевания? Ведь в конечном счете клинически наблюдаемые нарушения обусловлены прогрессирующей утратой нейронов, расположенных в определенном отделе мозга?»

Безусловно стоит. Ведь только вскрыв действительную причину разрушения клеток, можно попытаться — тем или иным способом — предотвратить дальнейшее развитие этого процесса.

Итак, следует признать, что в целом надежды психиатров XIX века не оправдались, поскольку так и не удалось доказать, что выделенные на клиническом уровне заболевания соответствуют принятой на вооружение модели болезненного процесса. Однако сама идея о наличии определенных стереотипов смены синдромов (болезни как процесса) оказалась очень плодотворной. Последовательное проведение этой идеи в жизнь определило путь развития психиатрии на многие годы.

Естественно, дело не обошлось без дискуссий. Они не прекратились и сегодня. Некоторые психиатры, преимущественно французской школы, не соглашались признать справедливость приведенной выше аналогии (болезнь — «фраза», составленная из смеющихся друг друга «слов»-синдромов), полагая, что мы никогда не наблюдаем болезни и видим лишь тот или иной болезненный синдром. Они обращают внимание на то обстоятельство, что судьба больных с одним и тем же диагнозом, например шизофренией, может быть совершенно различной. Одни больные станут постоянными обитателями психиатрической лечебницы, в то время как дру-

гие будут жить среди здоровых людей и работать до глубокой старости.

«Зачем же в таком случае,— спрашивают они,— говорить о существовании универсального, свойственного всем больным шизофренией стереотипа развития болезни?»

Занимаемая ими позиция еще более укрепилась с наступлением эры психофармакологии, когда стало казаться, что лекарства излечивают синдром, а не заболевание. Эти психиатры и сегодня убеждены, что только синдром является единственной реальностью, с которой приходится иметь дело психиатру.

Особую позицию относительно природы многих психических расстройств занимают психиатры англоязычных стран, что определяется широкой распространенностью среди них психоаналитических воззрений. Некоторые психоаналитические трактовки психических заболеваний мы обсудим в главах 4 и 6.

Но наиболее интересным, с нашей точки зрения, является следующее обстоятельство: как бы ни расходились между собой психиатры различных школ в определении природы психических заболеваний, все (или почти все) их разногласия сходят на нет, как только они переходят к решению практических вопросов — обсуждению состояния больного на синдромологическом уровне, назначению ему соответствующей терапии и т. д.

Некоторые психиатры, ссылаясь на этот примечательный факт, видят в нем еще одно подтверждение правильности синдромологического подхода. Другие же продолжают верить в существование отграниченных друг от друга психических заболеваний, полагая, что просто современные лекарства недостаточно хороши — они не излечивают болезнь, хотя и ослабляют определенные ее проявления. Так, гидрокортизоновая мазь ослабляет зуд при экземе, но не устраняет причин, вызвавших это заболевание.

Анализируя путь, пройденный мировой психиатрией за последние несколько десятилетий, нельзя не отметить, что в работе психиатров наряду с наблюдением и расспросом все более широкое применение находят различного рода тесты-опросники, шкальные методики, стандартизированные описания состояния больных.

Переход к количественным методам оценки изучаемого явления — необходимый этап в развитии любой

науки, будь то астрономия, биология или психиатрия. Они — инструмент, облегчающий работу врача-психиатра, но никоим образом не заменяющий его.

Иногда приходится слышать, что увлечение количественными методами может неблагоприятным образом сказаться на качестве клинического анализа, приведет к исчезновению из клинических описаний тонких, но чрезвычайно важных нюансов. Эти замечания не лишены оснований. Действительно, талантливый художник всего лишь несколькими штрихами может передать самые потаенные движения души промелькнувшего перед его глазами незнакомца. Но означает ли это, что нам следует вообще отказаться от употребления циркуля и линейки?

В связи с тем что переход к количественным методам исследования больного составляет новый важный этап развития психиатрии в целом, рассмотрим некоторые из используемых с этой целью методик более подробно.

Тест-опросник представляет собой набор вопросов (утверждений), относительно которых испытуемый высказывает свое суждение, положительное или отрицательное; в ряде случаев допускается трехальтернативный выбор ответов. Вопросы могут быть ориентированы на непосредственное выяснение некоторых особенностей психики испытуемого («Бойтесь ли вы темноты?») или выявлять его позицию по тому или иному вопросу («Большинство людей честны?»).

При использовании **шкальных методик** испытуемый количественно оценивает предлагаемые ему объекты по выраженности в них тех или иных признаков, которые, собственно, и подвергаются изучению. Различные предметы домашнего обихода могут, например, занять различное положение по шкале «безопасные — опасные в обращении».

Использование тестов-опросников позволяет унифицировать работу психиатров, дает им возможность измерить тяжесть тех или иных синдромов, компьютеризовать процесс постановки диагноза.

Разнообразие тестов, используемых сегодня психиатрами, очень велико. В качестве примера можно привести опросник, разработанный в 1967 году и получивший очень широкое распространение, — **Present State Examination (PSE)**. Работая с ним, врач получает доста-

точно полное представление о психическом состоянии пациента. Все 140 пунктов этого опросника подразделены на 38 групп, которые отчасти соответствуют важнейшим синдромам психических заболеваний.

Так, например, о наличии у больного синдрома навязчивости (см. главу 6) судят по характеру его ответов на вопрос: «Случается ли вам повторять какой-либо поступок, хотя вы и знаете, что уже совершили его (перепроверять, выключен ли газ или свет, закрыта ли дверь)?» О наличии бреда преследования (см. главу 3) узнают по тому, как больной отвечает на следующие вопросы: «Стремится ли кто-нибудь постоянно навредить вам? Отравить или убить вас? Каким способом? Не скрывается ли за этим лицом организация типа мафии?»

Выраженность каждого синдрома оценивается количественно, а полученная с помощью опросника информация вводится в компьютер. Наиболее вероятный диагноз заболевания прочитывается на экране дисплея.

Большое распространение получили также **тесты-самоотчеты** больных. Они, как показали исследования, оказываются очень полезными при необходимости быстро определить эффективность назначенного больному лечения. В то же время очевидно, что их использование допустимо лишь тогда, когда пациент не утратил способности анализировать свое состояние и **выражать его в словесной форме**.

Иногда для постановки диагноза врачу бывает необходимо разобраться в структуре личности пациента, и тогда он прибегает к методикам, разработанным для изучения здоровых в психическом отношении индивидов.

Рассмотрим в качестве примера тест-опросник, предложенный Г. Айзенком, позволяющий охарактеризовать некоторые важные для психиатра особенности психофизиологической организации индивида.

С помощью этого опросника определяют, в частности, относительную устойчивость эмоциональных процессов у испытуемого, т. е. положение, которое он занимает на шкале «эмоциональная нестабильность (нейротизм) — эмоциональная устойчивость». Испытуемый должен быстро, не задумываясь, ответить «да» или «нет» на 24 вопроса («Верно ли, что вас легко задеть?», «Трудно ли вам заснуть ночью?», «Часто ли вы чувствуете себя неловко в обществе людей выше вас по поло-

жению?», «Очень ли вам трудно отказаться от своих намерений?» и т. п.). Каждый положительный ответ засчитывается за один балл, а все полученные таким образом баллы суммируются. Полученное число характеризует степень нейротизма испытуемого. Г. Айзенк полагает, что высокий балл по этой шкале свидетельствует о высокой реактивности центральной нервной системы обследуемого. Она легко отвечает на любые события, происходящие во внутренней среде организма, изменение уровня потребностей и пр.

Тест Г. Айзенка в его нынешней модификации не только выявляет три относительно независимые характеристики психофизиологической организации обследуемого (мы упомянули только об одной из них), но и содержит еще одну, дополнительную, шкалу (шкалу лжи), позволяющую оценить правдивость ответов испытуемого. Для этого испытуемый должен ответить на девять вопросов («Хвастаетесь ли вы иногда?», «Смеетесь ли вы иногда неприличным шуткам?», «Всегда ли вы выполняете свои обещания?» и пр.). Очевидно, что честный человек на первые два вопроса ответит утвердительно, а на третий — отрицательно.

Несмотря на кажущуюся простоту этих вопросов, они, как показали многочисленные исследования, позволяют охарактеризовать очень важные индивидуальные особенности нервно-психической организации индивида, в значительной мере определяемые генетически.

Для изучения тех особенностей личности больных и здоровых, которые недоступны непосредственному наблюдению, нередко используют так называемые проективные методы: тематический апперцептивный тест (ТАТ) и методику чернильных пятен Г. Роршаха.

При использовании ТАТ испытуемому предъявляют (в два приема с интервалом не более чем в один день) до 20 таблиц-картин разнообразного и вместе с тем неопределенного содержания. Так, например, на таблице 14 изображен силуэт мужчины (женщины) на фоне ярко освещенного окна; вся же остальная часть картины густо зачернена.

По каждой из картин испытуемый придумывает рассказ, отвечая, в частности, на вопросы о том, что происходит с людьми, представленными на картине, какие мысли и чувства владеют ими, какие события привели

к возникновению данной ситуации, каков будет ее исход.

Во время второго сеанса нужно придумать более драматичные рассказы, не считаясь с реальностью. «Смелее,— говорит экспериментатор,— пусть они будут похожи на сон или сказку».

Истории, сочиняемые испытуемым, в определенной мере соответствуют содержанию предъявляемых картин. Однако в еще большей степени они отражают особенности его личности, являются проекцией ее внутренних переживаний, чувств, мыслей, ожиданий.

Глядя на таблицу 14, один испытуемый скажет: «Это молодой человек, стоящий у открытого окна... От него только что ушла девушка, которую он любит. Он очень одинок, и нет оснований надеяться, что положение его в будущем изменится к лучшему». Другой же испытуемый интерпретирует эту же самую картину совершенно иным образом. Например, расскажет о парне, сдавшем сегодня последний вступительный экзамен в институт; он поджидает у окна приятелей, обещавших заглянуть к нему на часок, чтобы как следует отметить это радостное событие.

Методика чернильных пятен Г. Роршаха открывает перед воображением испытуемого еще более широкие возможности. Она основана на способности людей одушевлять природу, видеть в случайных пятнах плесени на стене дома или в бегущих по небу облаках фантастических животных, неведомых волшебников, прекрасных фей.

Тест, предложенный Г. Роршахом, содержит 10 стандартных карточек, выполненных в черно-белых, черно-красных и пастельных тонах. Изображение на каждой из карточек получают с помощью простой процедуры: на середину листа бумаги наносят чернильное пятно, а затем складывают его пополам. В результате образуется причудливой формы и всегда симметричное изображение. Испытуемому предлагают, всмотревшись в это изображение, ответить на вопросы: «Что это такое? На что это может быть похоже?» В конце беседы испытуемому, как правило, задают ряд уточняющих вопросов.

Стимульная неопределенность, с которой сталкивается испытуемый при разглядывании чернильных пятен Г. Роршаха, исключительно велика. Она подстегивает

фантазию испытуемого, побуждая его проецировать во вне свои внутренние переживания.

Расшифровка ответов (процедура, с которой может справиться только опытный психолог) позволяет охарактеризовать различные стороны личности испытуемого: особенности его познавательной деятельности, уровень интеллектуального развития, преобладающее на момент обследования эмоциональное состояние, свойственный испытуемому способ реагирования на эмоциональные ситуации и контроля за своим состоянием, способность к сопереживанию, используемые им формы психологической защиты (см. главу 6) и многое другое.

Подводя краткие итоги этой вводной главы, можно сказать, что при естественнонаучном взгляде на мозг и психику человека они предстают в виде сложноорганизованных систем. Иногда по тем или иным причинам — внешним и (или) внутренним — с мозгом что-то случается. Соответственно нарушаются и обусловленные его деятельностью психические процессы. Что именно происходит в этих случаях с мозгом, психиатру, как правило, не вполне известно. Он может, однако, тщательно зарегистрировать выявляемые на клиническом уровне проявления нарушений психической деятельности (симптомы и синдромы) и последовательность их смены, что позволяет ему поставить диагноз, назначить лечение, нормализующее деятельность мозга и тем самым устраняющее психические нарушения.

Интереснее всего было бы, конечно, понять, что именно происходит с этими системами. Ответ на этот вопрос ищут психологи и специалисты, работающие в области так называемой биологической психиатрии: генетики, биохимики, электрофизиологи и представители других биологических специальностей.

Биологическая психиатрия — необычайно широкая и быстро развивающаяся область исследований. К сожалению, реальные успехи ученых не столь велики, как хотелось бы, а главное, на их основе пока невозможно построить цельную картину возникновения и развития основных психических заболеваний. Нам придется поэтому ограничиться преимущественно клиническим описанием болезненных нарушений психической деятельности.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: МАНИИ И ДЕПРЕССИИ

Радость и горе без причины. Депрессии-«невидимки». Зачем психиатры изучают близнецов? Первое знакомство с психическим заболеванием. Скупой комментарий биолога.

2

Довольно часто, анализируя психическое состояние пациента, врач обнаруживает у него так называемые аффективные расстройства, например депрессию. По данным обследования, проведенного психиатрами Англии и США, не менее 15 % граждан этих стран хотя бы раз в жизни находились в состоянии тяжелой депрессии.

Что же такое аффективность? Для того чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим самые простые, с точки зрения психиатра, случаи аффективных расстройств, а именно: синдромы простой мании и депрессии.

В жизни каждого случались периоды светлого радостного настроения. В эти дни легко думается, хочется работать. Душа ищет дружбы, а тело — движения. За что бы ни взялся, все удастся. Легко и как бы играючи заканчиваешь работу, над которой в другое время промучился бы не один месяц. А голова полна новых планов, еще более смелых и привлекательных. Это состояние очень близко к тому, что на языке поэтов называется вдохновением. Как правило, оно не бывает продолжительным, и мы, увы, возвращаемся в привычную колею. У некоторых же людей приподнятое настроение — не эпизод, а одна из основных и характерных особенностей их личности. Данное — нормальное для лиц такого склада — состояние психики в ряде случаев может оказаться начальной стадией развития болезненного (маниакального) синдрома.

По мере развития мании больной начинает производить на окружающих впечатление человека, который не

то чтобы пьян, но немного навеселе. У него чудесное праздничное настроение, да и действительно он выглядит бодрым и помолодевшим. Под стать настроению и поведение: больной без конца смеется, жестикулирует, говорит... Ему не сидится на месте. То он затевает ремонт квартиры, которая была отремонтирована совсем недавно, то покупает кучу ненужных вещей, раздаривая их затем знакомым и незнакомым людям, а то вдруг вмешивается с самыми добрыми намерениями в совершенно посторонние для него дела.

Однако вся эта повышенная активность больного не продуктивна: непрерывная смена идей, планов, намерений не позволяет завершить начатое. Его легкомыслие, жажда новых впечатлений, отвлекаемость столь велики, что больной без раздумья обзаводится новыми знакомыми, пускается в загул. Нарастание беспечности идет рука об руку с преувеличением значения собственной личности, занимаемого социального положения, способностей. Находясь в маниакальном состоянии, больной нередко испытывает повышенную потребность в пище, алкоголе, острых, возбуждающих аппетит блюдах; как правило, возрастает его сексуальная активность.

Возможно дальнейшее обострение маниакального состояния, и тогда больного придется помещать в больницу. Это происходит либо по инициативе родственников, которые просто не могут больше справиться с ним, либо стихийным образом. Дело в том, что маниакальный больной, оказавшись на улице, сразу выделяется в толпе состоянием крайнего возбуждения; посторонние лица обычно принимают его за пьяного или хулигана.

Психиатры в таких случаях говорят, что расстройство психики больного достигло психотического уровня.

Здесь необходимо сделать небольшое, но очень важное отступление и дать определение психотическому уровню душевных расстройств. Психоз выражается в возникновении качественно новых личностных свойств и состояний психики, психологически не объяснимых, т. е. не выводимых из прошлого опыта пациента и характера испытываемых им внешних воздействий. Психоз, как правило, дезорганизует поведение больного, лишая его способности жить в обществе.

Итак, больной помещен в больницу. Этот факт, однако, его нисколько не обескураживает. Субъективно больной испытывает в этот период чувство глубочай-

шего, ничем не омрачаемого счастья. Он не только счастлив сам, но и рад случаю осчастливить все человечество. Больной убежден, что при его талантах, при его возможностях это не составит никакого труда.

При не слишком тяжелом психотическом состоянии больной с большой охотой помогает медперсоналу, но он не может долгое время заниматься одним делом и поэтому нередко только мешает. В целом же вид такого больного вызывает чувство симпатии, привлекает своей открытостью и искренней доброжелательностью.

Больного легко рассердить, и в такие минуты он способен иногда на буйство, начинает крушить все, что подвернется под руку. Однако маниакальные больные исключительно редко совершают насилие над другими лицами. В целом же, поскольку маниакальный больной не утрачивает контакта с миром и людьми, с ним всегда можно договориться, отвлечь его, настроить на веселый лад.

Характерна манера письма больного: он пишет вдоль строк, затем поперек и в конце концов покрывает ранее написанное множеством примечаний и дополнений, так что становится уже совершенно невозможно разобраться в написанном.

Свойственная маниакальному больному переоценка своих способностей (следствие его превосходного самочувствия) иногда приводит к образованию мимолетных и отрывочных бредовых идей, которые, однако, легко понять. Они — плод чрезмерного, переходящего все границы преувеличения реальных возможностей или качеств его личности. Да и сами больные не слишком держатся за эти идеи и рассказывают о них врачу мимоходом и как бы шутя.

Переходя к описанию депрессивного состояния, укажем, прежде всего, что оно представляет собой прямую противоположность маниакальному. Снижение настроения, живости психических процессов и двигательной активности — таковы основные признаки депрессии.

Выраженность, или, как говорят психиатры, глубина депрессии может быть совершенно различной. Различна и скорость, с которой психика больного погружается в эту глубину. В одних случаях депрессия развивается на протяжении недель, в других же возникает внезапно. Так, человек, казавшийся вечером совершенно здоровым, может проснуться с уже готовыми идеями самооб-

винения, ощущением невесть откуда взявшейся печали или тоски.

Депрессивное состояние (в отличие от мании) осознается как болезненное. Довольно часто возникают разнообразные и трудноопределимые неприятные ощущения в теле, в особенности в области сердца. Общее самочувствие заметно ухудшается. Больного мучат головные боли. Он с трудом засыпает, плохо спит и просыпается утром — часто до срока — совсем разбитым. Характерны отсутствие аппетита и нарушение работы желудочно-кишечного тракта, похудание. Под вечер пациентам обычно становится легче, а утром вновь наваливаются апатия, тоска, чувство собственной неполноценности. Прежде богатая и насыщенная эмоциональными переживаниями внутренняя жизнь тускнеет. Ничего не хочется, все окружающее гнетет или раздражает: свет слишком ярок, звуки за окном невыносимо пронзительны; больному хочется уйти, спрятаться от всего этого шума и бессмысленной суеты.

Начальная стадия депрессии обычно проглядывается близкими, да и сам больной, как правило, ошибочно истолковывает свое состояние, объясняет его в зависимости от обстоятельств то обострением давнего хронического заболевания, то переутомлением, то неприятностями на работе и т. д.

При дальнейшем развитии депрессивного состояния больной обращается к врачу, обычно не к психиатру, а к терапевту, эндокринологу или другому специалисту. Только проблуждав порядком по врачебным кабинетам и замучив себя всевозможными анализами, он попадает наконец на консультацию к психиатру.

Как правило, психиатр сразу распознает депрессию. Депрессивное состояние проявляется во всем облике больного — общей скованности и скупости движений, особой мимике, тихой, лишенной модуляций и замедленной речи.

Конечно, психиатр никогда не удовлетворится первым впечатлением. Убедившись в процессе беседы в правильности своей догадки, он не прекращает работы. Его задача теперь состоит в выявлении особенностей болезненного состояния пациента.

Депрессии, как и мании, необычайно разнообразны по своим проявлениям и могут выступать в качестве одного из синдромов совершенно различных заболева-

ний — это первое, о чем никогда не забывает психиатр. Ему необходимо, следовательно, разобраться, в рамках какого заболевания развилось данное депрессивное состояние.

Врач обязан также понять, опасно ли (и в какой мере) для самого пациента его состояние: депрессии часто сопровождаются появлением суицидальных мыслей — стремлением больного к самоубийству. Родственники больного также должны помнить об этом, а главное, не полагаться на свою оценку тяжести его болезненного состояния, она может оказаться слишком оптимистичной.

Рассказать, каким образом психиатр справляется с решением этих задач, невозможно да и не нужно. Важно другое: при любом нарушении психического состояния следует не мешкая обратиться за советом к врачу, причем не обязательно к психиатру.

Субъективные переживания больного в разгаре депрессии заполнены чувством мучительной тоски или тревоги, непереносимой душевной боли. Эта боль, говорят больные, вышедшие из состояния депрессии, по своей тяжести превосходит все, что только может выпасть на долю здорового человека. Неудивительно, что лицо больного в это время не выражает ничего, кроме страдания и скорби.

Погружаясь в свои мучительные мысли или ощущая полное отсутствие чувств и желаний, больной может часами сидеть без движения, отгороженный от окружающих как бы невидимой стеной. Нарастающая заторможенность психических процессов выражается в том, что больному трудно думать, трудно вспомнить прошлое. Прежние успехи как бы перестают приниматься им во внимание. Колоссальных усилий стоит ему совершить какой-нибудь поступок, принять то или иное решение. Его тело словно бы налито свинцом, каждое слово дается с огромным трудом. Все, что он может, — это еле слышным голосом ответить на заданный врачом вопрос, да и то не сразу, а с заметным запаздыванием. Важно, что при этом он не противится расспросам врача, просто ему очень трудно разговаривать. Ощущение душевной пустоты может быть столь сильным, что порой больной утрачивает теплые чувства к своим родным и близким, мучительно осознавая вместе с тем всю противоестественность своего болезненного состояния.

Неудивительно, что, находясь в глубокой депрессии, больной легко приходит к мысли о том, что все кончено, его болезнь неизлечима, он никогда не вернется к нормальной жизни. Будущее представляется ему безрадостным и полным страданий. На этой почве в сознании больного могут постепенно выкристаллизовываться и бредовые идеи самообвинения. Он винит себя во всех смертных грехах, убежден, что совершил поступки, которые погубят его самого и всех его близких. Нет такого наказания, которого бы он не заслуживал. Он не достоин сочувствия и заботы со стороны медперсонала больницы. Он оскверняет (или даже заражает) воду, которую пьет, и ту пищу, которую ему предлагают. Еще одной возникающей в сознании депрессивных больных (чаще всего пожилого возраста) бредовой идеей является бредовая идея обнищания, никак не согласующаяся с действительной жизненной ситуацией.

Автору хотелось бы обратить внимание читателя на одну постоянно повторяющуюся ошибку в поведении лиц, близких больному. Как часто в ответ на свои жалобы ему приходится слышать: «Перестань, возьми себя в руки!» Как часто сам больной пытается подобными приказаниями перебороть надвигающуюся депрессию. Необходимо раз и навсегда понять, что депрессия не может быть преодолена волевым усилием, потому что она изменяет на время психику больного.

Завершая клиническое описание мании и депрессии, напомним читателю, что мы рассмотрели самые тяжелые (психотические) случаи встречающихся в практике врача-психиатра аффективных расстройств. Гораздо чаще ему приходится иметь дело с так называемыми стертыми их проявлениями, распознать которые порою удастся лишь с большим трудом.

Освоив два слова языка психиатров (синдромы мании и депрессии), попытаемся на их основе составить простую фразу-заболевание. Для этого нам потребуется, правда, еще одно словосочетание — светлый промежуток — выражение, которое используют психиатры для обозначения состояния пациента между приступами; оно практически ничем не отличается от состояния полного здоровья.

Два самых простых варианта этой фразы будут выглядеть следующим образом: «мания... светлый промежуток... депрессия... светлый промежуток...» и т. д. или

«депрессия... светлый промежуток... депрессия... светлый промежуток...» и т. д. Нетрудно видеть, что сконструированное заболевание — аффективный психоз — это болезнь без развития, своего рода движение по кругу. Французские психиатры еще в начале прошлого века выделили ее в качестве отдельного психического заболевания, назвав циркулярным (от «циркус» — окружность) психозом.

Более сложно построенная фраза может иметь следующий вид: «депрессия — мания... светлый промежуток... депрессия — мания...» и т. д. В этом случае приступ образован не одним, а двумя следующими друг за другом синдромами (приступ может начаться с депрессии, но может и с маниакального состояния).

У некоторых больных все приступы протекают в форме мании (или все в форме депрессии). В таких случаях говорят о монополярной форме аффективных расстройств. Если же эти синдромы чередуются и разделены светлым промежутком, говорят о биполярных аффективных психозах.

Имеет ли смысл различать моно- и биполярные психозы? Безусловно, имеет, хотя бы потому, что новые приступы обычно повторяют предыдущие как по своей продолжительности, так и по содержанию (типу синдрома).

Аффективные психозы встречаются достаточно часто. Ими страдает в среднем 1 человек на 1000. Женщины болеют приблизительно в два раза чаще мужчин. Заболевание может начаться в любом возрасте — и в детстве, и в старости, но обычно в возрасте 20—35 лет (около 60 % заболеваний приходится на этот возрастной промежуток).

Характер болезни, т. е. интенсивность и частота приступов, их качественная характеристика, необычайно разнообразны. Те «слова»-синдромы, которые были рассмотрены выше, наблюдаются лишь при типичных (и простых) случаях заболевания.

У 40 % больных на протяжении жизни наблюдается только один приступ аффективного психоза. Нередки случаи, когда один приступ приходится на молодые годы, а второй наступает в старости; такое распределение приступов характерно для монополярных депрессий. Приступы биполярного аффективного психоза воз-

никают чаще, в среднем 4—5 раз на протяжении жизни больного.

Далеко не во всех случаях острота заболевания достигает психотического уровня, когда расстройства поведения столь серьезны, что больного приходится помещать в больницу (психотический уровень расстройств более характерен для биполярных психозов). Заболевание может проявляться в циклических сменах настроения (циклотимии), как бы воспроизводящих в миниатюре симптомы мании и депрессии. Эти больные зачастую не понимают, что нуждаются в помощи психиатра.

Продолжительность приступа при аффективных психозах может быть различной, в среднем несколько месяцев. Иногда болезненные состояния, как правило депрессивные, принимают затяжной характер; тенденция к затяжному развитию депрессии усиливается с возрастом.

Аффективные расстройства в целом хорошо поддаются лечению. Некоторые лекарства не только облегчают состояние пациента, но и могут быть использованы с целью профилактики, т. е. предотвращения очередного приступа.

К сожалению, сегодня широко распространены попытки самолечения нарушений психической деятельности. Следует помнить, что, не обладая знаниями и опытом врача, больной не в состоянии разобраться в особенностях своего болезненного состояния. Для одних больных характерно отсутствие желаний, общая заторможенность психической деятельности. Психиатры называют такую депрессию адинамической. У других на первом плане чувство беспричинной тоски (тоскливая депрессия). В иных же случаях общее состояние больных определяется тревогой, которая заставляет их проводить ночи без сна, метаться в неясном предчувствии какой-то беды (ажитированная тревожная депрессия). Для психиатра все эти состояния отнюдь не равноценны. Каждый из упомянутых видов депрессии требует назначения больному своего лекарственного препарата или комплекса препаратов.

Читатель, наверное, обратил внимание, что, говоря об аффективных психозах, мы как-то обошли вопрос о вызывающих их причинах. Это было сделано намеренно. Хотя врач, как правило, выявляет в жизни пациента

события, предшествующие началу заболевания и провоцирующие его, он знает, что настоящая причина болезни определяется особенностями психической организации (мозга) пациента, т. е. не внешними (экзогенными), а внутренними (эндогенными) факторами.

Вопрос о соотношении эндогенных и экзогенных факторов — один из важнейших и наиболее сложных вопросов не только психиатрии, но и медицины в целом. Мы обсудим его позднее в главах 5-й и 6-й. А сейчас просто переформулируем высказанное выше предположение, огрубив его. Спросим, в какой мере заболевание аффективным психозом предопределено особенностями генотипа, который достался данному индивиду от родителей?

Для ответа на этот вопрос, очевидно, необходимо исследовать семьи, в которых обнаруживаются случаи аффективного психоза. Наиболее убедительные и простые в истолковании результаты получают при изучении одно- и двухъяйцовых близнецов. Действительно, однояйцовые близнецы, как известно, идентичны в генетическом отношении, и поэтому если заболевание однозначно определяется генотипом, то оба близнеца либо заболевают, получив соответствующие гены, либо оба будут здоровы.

Степень схожести (идентичности) близнецов по какому-либо признаку, выраженная в процентах (в нашем случае наличие или отсутствие заболевания), называется конкордантностью. Очевидно, что конкордантность не может быть меньше 0 или больше 100 %.

Анализ большого числа пар однояйцовых близнецов показал, что их конкордантность по заболеванию аффективным психозом равна 69%, в то время как для двухъяйцовых близнецов она составляет только 13 %. Из этого следует, что возникновение аффективных психозов действительно в значительной мере обусловлено влиянием каких-то наследуемых факторов.

Интересно, что величина конкордантности даже в случае однояйцовых близнецов не достигает 100 %. В связи с этим мы не вправе говорить о наследовании собственно заболевания, т. е. строгой генетической детерминации развития болезненного процесса. Наследуется не болезнь, а предрасположение к ней. Ниже мы увидим, что к числу болезней с наследственным предрасположением относится и другое распространенное психическое заболевание — шизофрения.

В настоящее время установлено наследственное предрасположение ко многим соматическим и инфекционным заболеваниям, так что психические болезни не следует рассматривать в качестве какого-то исключительного явления. В частности, конкордантность однояйцовых близнецов по заболеванию туберкулезом составляет 67%, в то время как двухъяйцовых не превышает 23%.

Размышляя над фактом существования болезней такого рода, невольно приходишь к мысли, что в построении организма участвует наряду с геномом еще и среда; более подробно этот вопрос мы рассмотрим в главе 5-й. Сейчас же достаточно будет запомнить, что разнообразие условий, в которых происходит развитие индивидов, тождественных в генетическом отношении, может определять различную вероятность возникновения у них наследственного заболевания.

В то же время известны психические заболевания, наследуемые в строгом соответствии с законами Менделя; влияние среды в этом случае оказывается слишком слабым и ничего уже не может изменить.

Напомним в этой связи, что в ядре каждой соматической клетки человека содержится 46 хромосом (или 23 пары). Каждая из этих пар образована одной материнской и одной отцовской хромосомой, которые сошлись вместе в процессе оплодотворения. Только 22 пары хромосом по своему строению идентичны у мужчин и женщин; их называют аутосомами. Двадцать третья пара хромосом у женщин представлена двумя X-хромосомами, а у мужчин — одной X-хромосомой и одной Y-хромосомой; именно эта Y-хромосома определяет мужской пол индивида.

Заболевание называют аутосомным, если вызывающий его мутантный ген расположен в аутосоме. Иногда для развития заболевания достаточно присутствия аутосомного мутантного гена только в одной из пары хромосом, в этих случаях говорят о доминантном наследовании заболевания. При рецессивном наследовании, напротив, заболевание проявляется лишь тогда, когда мутантные гены содержатся в обеих аутосомах соответствующей пары.

Легче всего выявить характер наследования, имея дело с аутосомно-доминантным заболеванием. Если один из родителей болен, то заболевает половина детей как мужского, так и женского пола; конкордантность

однойяйцовых близнецов в этом случае составляет 100 %.

В качестве примера рассмотрим хорею Гентингтона. Это аутосомно-доминантное наследственное психическое заболевание встречается достаточно редко (около 6 заболевших на 100 000 населения). Судя по всему, оно вызвано нарушением синтеза соединения, необходимого для жизнедеятельности нервных клеток коры головного мозга и некоторых других его отделов. Однако массовая гибель клеток обычно начинается только в зрелые годы (после 40 лет). Поэтому носитель мутантного гена, как правило, успевает вступить в брак и обзавестись потомством. Это обстоятельство позволило показать на ряде семей прямую (аутосомно-доминантную) передачу хореи Гентингтона в большом числе поколений.

Рассмотрим теперь ситуацию, когда в браке соединяются носители мутантных генов рецессивного аутосомного заболевания (заболевания такого рода хорошо известны, мы упомянем о них в главе 7). Такое носительство может совершенно не сказаться на состоянии их здоровья, хотя в ряде случаев оно выявляется посредством проведения специального медицинского исследования. В подобных семьях болезнь поражает в среднем 25 % детей, а 50 % детей станут, как и родители, носителями мутантного гена.

Возвращаясь к близнецовым исследованиям эндогенных аффективных расстройств, отметим, что они подтверждают правильность подразделения аффективных психозов на би- и монополярные: в подавляющем большинстве случаев однойяйцовые близнецы болеют одинаковым образом, т. е. либо моно-, либо биполярными формами психоза.

В последние годы неоднократно проводились молекулярно-генетические исследования семей с частыми случаями аффективных психозов. По всей вероятности, ученым удалось выявить доминантный ген, определяющий предрасположение к этому заболеванию. Он локализован в коротком плече хромосомы II. Структура этого гена еще не установлена; предполагается, что он кодирует синтез фермента (тирозингидроксилазы), участвующего в обмене одного из нейромедиаторов, т. е. вещества, с помощью которого нервные клетки «общаются» между собой (см. главу 3).

Мы уже упоминали о том, что аффективные нарушения, например депрессии, могут не осознаваться па-

циентом. Как же в таком случае, может спросить читатель, врач распознает их? На что, собственно, жалуется пациент?

Разоблачение этих невидимок — скрытых, или, как их еще называют психиатры, маскированных депрессий — не простая задача даже для опытного врача. Скрытая депрессия является, по существу, заболеванием мимикрирующим, она имитирует разнообразные субъективные физические ощущения, которые могут возникать при самых различных заболеваниях.

В связи с этим врач, осматривая больного, обращает особое внимание на соматические (телесные) эквиваленты скрытых депрессий. Это в первую очередь разнообразные боли: головные боли (давящие, жгучие), боли в полости рта, имитирующие зубную боль, болезненные ощущения в области позвоночника (нередко интерпретируемые как приступы радикулита или остеохондроза), боль в затылке, контрактура (сокращение шейных мышц), возникающая в конце дня, боли в области живота, острые (похожие на ревматические) боли в суставах, ощущение ползания мурашек, щекотания, покалывания, зуда нижних конечностей (так называемый симптом беспокойных ног) по ночам. Не меньшую роль играют так называемые вегетативные нарушения: головокружения, ощущение переполнения или пустоты головы и тела, сжатия головы или сердца, сердцебиения, тяжесть в теле, сухость слизистых рта, аэрофагия, метеоризм, запоры, снижение массы тела. Все эти симптомы напоминают врачу-терапевту, к которому сначала обращается больной, какие-то встречающиеся в его практике заболевания, но «ведут» они себя как-то странно: жалобы больного не подтверждаются лабораторными обследованиями, да и сами эти расстройства периодически то достигают большой выраженности, то совершенно исчезают. При тщательном расспросе психиатр, однако, все же выявляет признаки, характерные для эндогенной депрессии: тревогу или снижение настроения, улучшения состояния пациента в вечернее время. Нередко обнаруживается и особое эмоциональное отношение больного к болезни — с чувством безнадежности, суицидальными мыслями и попытками, которое не оправдано объективным состоянием здоровья пациента. Как правило, выясняется также, что у больного были в прошлом настоящие депрессивные состояния или хотя бы

выраженные колебания настроения. Самое же главное — все болезненные явления (психические и телесные) полностью исчезают при лечении пациента антидепрессантами — препаратами, которыми лечат настоящие депрессии.

Скрытая депрессия нередко развивается на наследственной основе: в семьях пациентов, страдающих ею, часты случаи аффективных расстройств. Приводятся такие цифры: около 20 % родителей и детей пациентов со скрытой депрессией больны различными формами эндогенного аффективного психоза.

Для того чтобы яснее представить переживания больного, страдающего скрытой депрессией, полезно ознакомиться с перечнем вопросов, составленных крупным западноевропейским психиатром П. Кильхгольцем. Он предназначен не для психиатров, а для врачей-терапевтов, которые, проводя обследование пациента, хотят убедиться в отсутствии у него скрытой депрессии.

1. Получаете ли вы такое же удовольствие от жизни, как раньше?

2. Не труднее ли вам стало принимать решения?

3. Не сузился ли за последнее время круг ваших интересов?

4. Не стали ли вы в последнее время больше думать о неприятном?

5. Не кажется ли вам теперь, что жизнь стала бессмысленной, бесцельной?

6. Не чувствуете ли вы себя более усталым и (или) менее энергичным, чем обычно?

7. Не нарушился ли у вас ночной сон?

8. Не потеряли ли вы аппетит, не похудели ли?

9. Не ощущаете ли вы болей в теле или тяжести в грудной клетке?

10. Не расстроилась ли ваша интимная жизнь?

Мы ознакомились с самыми простыми проявлениями маниакального и депрессивного синдромов. От образного представления аффективных расстройств перейдем к анализу этих нарушений. Нам не по силам, конечно, разобраться в существовании биохимических и нейрофизиологических процессов, протекающих в мозге человека при тех или иных аффективных состояниях. Попытаемся вместо этого подойти к аффективности с функциональной точки зрения. Какие же функции выполняют находящиеся в связи с ней нейробиологические процессы?

Надо прямо сказать, что сегодня еще не выработан единый и общепринятый ответ на этот вопрос. Концепция, рассмотренная ниже, это лишь одна из возможных. Она игнорирует многие факты, которые ни один психиатр не оставит без внимания, ибо задача практического врача не в формулировании общих концепций, а в том, чтобы помочь больному, используя с максимальной полнотой и эффективностью все доступные ему средства и клинический опыт, пусть даже не получивший еще должного теоретического осмысления.

С учетом этих замечаний все же рискнем сказать, что нейробиологические процессы, связанные с аффективностью, представляют собой лишь часть так называемых мотивационных процессов, определяющих наше поведение: его направленность и характер. Под поведением здесь понимается деятельность в самом широком смысле этого слова, включая как физические, так и психические ее формы; в психиатрии же поведением принято называть лишь внешне наблюдаемые виды двигательной активности (мимику, жесты), формальные характеристики речи пациента и пр.

Действительно, при мании и депрессии нарушения этой части мотивационных процессов (станем называть их далее с целью экономии места просто мотивационными) проявляются в виде изменений: 1) темпа большинства, если не всех психических процессов (внимания, восприятия, памяти, волевых процессов, мышления); 2) побуждений (телесных ощущений, например боли, жажды, голода, усталости, сексуального чувства и пр., их следует отличать от эмоций); 3) эмоционального состояния (например, настроения); 4) моторики, непосредственно отражающей психическое состояние (мимики, позы, формальных характеристик речи); 5) деятельности вегетативной нервной системы, которая иннервирует мышцы внутренних органов и отвечает, в частности, за частоту сердечных сокращений, кровяное давление, а также за функции эндокринной (гормональной) системы.

Мотивационные процессы, связанные с аффективностью, не локализованы в какой-то строго определенной области мозга, что, конечно, затрудняет их изучение. Читатель, заинтересовавшийся биологической стороной этой проблемы (становлением мотивационной системы в процессе эволюции, биологической ее организацией и

пр.), сможет найти много интересного для себя в книгах Ф. Кликса и П. В. Симонова, включенных в список рекомендованной литературы.

У людей, здоровых в психическом отношении, эмоции, с одной стороны, и иные составляющие аффективности, с другой — так хорошо согласованы между собой, что нередко их и не различают. Эмоциональное состояние влияет на все вышеперечисленные функции, причем (при достаточно высокой интенсивности эмоций) не только количественным, но и качественным образом. Этот факт нашел отражение во множестве пословиц и поговорок: «смотреть на мир сквозь розовые очки», «пуганая ворона куста боится» и пр.

Достаточно сильные эмоции (их называют аффектами) могут изменить даже состояние нашего сознания. Индивид, совершивший какую-нибудь нелепость, оправдываясь, говорит, что в тот момент он вследствие сильного эмоционального возбуждения был вне себя.

Мотивационные процессы, отвечающие за эмоциональное состояние, по мнению П. В. Симонова, оценивают предметы, события окружающей среды и состояние организма применительно к его потребностям. При этом учитываются одновременно сила потребностей и способность организма удовлетворить их. Отдельные потребности (и побуждения) могут конкурировать между собой за право быть первыми, что находит отражение в эмоциональном состоянии индивида.

Для того чтобы определить вероятность удовлетворения потребности, мозгу необходимо провести очень тонкие расчеты и составить прогноз будущих состояний организма. Существо этой деятельности состоит в определении того объема информации, которым организму следует располагать для удовлетворения данной потребности, и сопоставлении его с информацией, которой он на самом деле располагает (эту информацию называют прагматической). Очевидно, что для этого необходимо не только проанализировать обстановку (точнее, ознакомиться с результатами этого анализа, проведенного другими системами мозга), но и очень быстро просмотреть весь имеющийся в распоряжении организма репертуар возможных программ поведения, прикинув вместе с тем последствия реализации этих программ.

Дефицит прагматической информации вызовет, как показывает П. В. Симонов, возникновение в сознании

отрицательных эмоций (отвращение, страх, гнев). Положительные же эмоции (радость, интерес и пр.) возникают тогда, когда полученная информация увеличит вероятность удовлетворения потребности по сравнению с ранее сделанным прогнозом.

Эмоции, таким образом, сообщают нашему сознанию о нацеленности организма на деятельность в определенном направлении. Говоря более строгим языком, наше эмоциональное состояние — одна из ключевых переменных, определяющих, какого рода деятельностью и насколько энергично мы будем заниматься.

Для того чтобы она была успешной, все остальные составляющие мотивационных процессов тотчас же подстраиваются под данную эмоцию. При этом, например, одни процессы активируют психическую деятельность (это может быть восприятие, память и т. д.), в то время как другие подготовят организм через посредство вегетативной нервной системы к выполнению направленного действия, а третьи вызовут сокращения лицевых мышц и обеспечат тем самым экспрессивное мимическое проявление эмоционального состояния; это позволит окружающим понять, что чувствует индивид, его состояние и намерения.

Мы видим, таким образом, что представление о главенствующей роли эмоций в деятельности мотивационной системы психически здорового человека находит многочисленные подтверждения. Анализ же аффективных расстройств приводит нас к иному выводу: эмоции (настроение) — это лишь небольшая часть мотивационных процессов, подобно верхушке айсберга всплывающая в нашем сознании.

В случае так называемых простых маний и депрессий, рассмотренных в начале главы, все мотивационные процессы, определяющие аффективность, изменяются относительно единообразно — тормозятся или интенсифицируются.

Однако при обсуждении скрытых депрессий отчетливо обнаружилось нарушение этого единообразия. При этих депрессиях поражается преимущественно блок, отвечающий за состояние вегетативной нервной системы. Больные, как вы помните, жалуются не столько на снижение настроения (тоску, тревогу), сколько на разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела — сердце, голове, желудке и пр. Поскольку эти

ощущения сопровождаются чувством общего недомогания, больные уверены, что страдают тяжелым соматическим заболеванием, ищут помощи не у психиатра, а у терапевта.

Разнонаправленное изменение состояния мотивационных процессов обнаруживается и при анализе так называемых смешанных состояний. Как видно уже из самого названия, они представляют собой причудливую смесь симптомов, указывающих на активацию одних составляющих мотивационной системы и угнетение других. Больной, например, может при хорошем и радостном настроении быть полностью заторможен, утратить способность к активному действию.

Да и при анализе обычных депрессий нередко наблюдается избирательное поражение какой-нибудь составляющей мотивационных процессов. Соответственно и депрессия определяется как апатическая (больной жалуется на равнодушие, ослабление интересов, утрату желаний), адинамическая (больной хочет что-то делать, но любое действие дается ему с колоссальным трудом). В ряде случаев может возникнуть болезненное бесчувствие, когда у больного отмечается не снижение настроения, а полная утрата способности что-либо чувствовать. «Нет никакого настроения,— говорит больной,— ни хорошего, ни плохого, ни грустного, ни веселого... Я весь стал как каменный».

Может быть, самым убедительным свидетельством несоответствия между аффективностью и эмоциональным состоянием депрессивного больного является та готовность, с которой он при самых слабых, на взгляд его родственников, признаках плохого настроения покушается на самоубийство.

О том, что при депрессиях избирательно поражаются отдельные блоки мотивационных процессов, свидетельствует и непосредственная практическая деятельность психиатра: ослабление тревоги, тоски, апатии, адинами, нарушений деятельности вегетативной нервной системы достигается назначением различных лекарственных препаратов, отличающихся друг от друга не только строением, но и механизмом действия, их способностью избирательно влиять на деятельность отдельных групп нервных клеток или даже тех или иных процессов, протекающих в них (подробнее об этом — в конце главы 4).

Аналогичное рассогласование мотивационных процессов наблюдается при маниакальных состояниях, но мы не будем на них останавливаться.

Развитие эндогенного аффективного психоза (или циклотимии) обусловлено, следовательно, дезорганизацией мотивационной системы, определяющей темп (а в определенной мере и содержание) психических процессов, эмоциональное состояние, деятельность вегетативной нервной системы и некоторые виды двигательной активности индивида. Вследствие генетически детерминированной и (или) сложившейся в процессе индивидуального развития хрупкости этой системы ее дезорганизация может происходить под влиянием эндогенных факторов (например, колебаний состава внутренней среды организма) или внешних воздействий, сила которых, однако, не выходит за рамки обыденных и повседневно встречающихся. Отсутствие стопроцентной конкордантности по заболеванию аффективным психозом не позволяет вместе с тем считать эту хрупкость фатальной, т. е. предопределяющей неизбежность возникновения болезни. Генетически детерминировано лишь предрасположение к заболеванию аффективным психозом. Данное предрасположение может, хотя и не всегда, проявляться в волнообразных и неоднократно повторяющихся сменах настроения пациента, отмечаемых как до начала заболевания, так и по миновании психотического состояния.

Для описания упрощенной картины эндогенного аффективного расстройства вполне достаточно усвоенных нами «слов» — синдромов мании и депрессии. Однако эти же синдромы наблюдаются практически при всех других психических заболеваниях, причем как эндогенных, например шизофрении (см. главу 4), так и разного рода психогениях (см. главу 6), в том числе неврозах. Клиническая картина этих заболеваний включает аффективные расстройства, но не исчерпывается ими. Не аффективные расстройства, а совсем другие симптомы и синдромы определяют лицо этих заболеваний.

ДВА «КИТА» БОЛЬШОЙ ПСИХИАТРИИ: БРЕД И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

«Бредовые» идеи ученого и бред больного. Что такое псевдогаллюцинации? Информационный голод и галлюциногены. Попытки воспроизвести психические заболевания у животных.

3

В этой главе мы рассмотрим всего два симптома — бред и галлюцинации. Исчезни они, и лицо так называемой большой психиатрии — психиатрии психозов — стало бы неузнаваемым.

Психике здорового человека чужды эти болезненные состояния: их невозможно представить как результат простого количественного усиления

некоторых сторон нормальной психической деятельности.

Довольно часто в своей жизни мы называем бредом любое высказывание, представляющееся нам абсурдным и нелепым. Таковую вольность в обращении со словами не может себе позволить психиатр.

«Бред,— читаем мы в одном из современных руководств по психиатрии,— некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований». Иногда это определение дополняется еще одним признаком: бред порожден личностью больного, а не заимствован у лиц, составляющих его ближайшее окружение.

Это дополнение требует определенного пояснения. Одним из основных моментов процесса социализации является усвоение личностью правил и норм той первичной группы, к которой человек себя относит и под влиянием которой, собственно, и происходит его развитие. Поэтому неудивительно, например, что ребенок, выросший в религиозной семье, религиозен. Для психиатра крайне важно установить, в какой мере взгляды, развиваемые пациентом, согласуются с общей структурой его

личности, убеждениями людей, входящих в состав его первичной группы. Далее в этой главе мы упомянем о некоторых трудностях, с которыми может столкнуться психиатр при выявлении так называемого индуцированного и конформного бреда.

Рассматривая бред в качестве самостоятельного симптома, изолированно, мы искажаем и существенно упрощаем реальную ситуацию. На самом деле психиатр всегда имеет дело с неповторимой человеческой личностью во всем многообразии ее проявлений.

Некоторые психиатры различают бред первичный (интерпретативный) и чувственно-образный. Бред классифицируют также по содержанию: бред преследования, сутяжничества, изобретательства и пр.

Начнем с чувственно-образного бреда, поскольку мы уже получили некоторое представление о нем в предыдущей главе при рассмотрении мании и депрессии.

Чувственно-образный бред всегда выявляется как один из элементов сложного синдрома, это «буква» в «слове». В сознании больного словно во сне проносятся вереница слабо связанных между собой образов, представлений, переживаний. Они, собственно, и определяют поведение больного — странное и непредсказуемое.

Проиллюстрируем сказанное примером, взятым из недавно опубликованной работы, посвященной генетическим и эволюционным проблемам психиатрии.

Девятнадцатилетний юноша во время экскурсии обратил внимание на девушку, которая ему сразу понравилась. «Мне показалось, — рассказывал он, — что все вокруг необычно, много зелени, люди в ярких одеждах, все веселы и оживленны. Какой-то вечный праздник. Значение приобрело все — жесты, слова, номера машин, названия улиц. Как будто все почему-то и для чего-то, но разобраться во всем не мог, думал, было много мыслей, но не мог понять. Девушка, ее звали Аня, мне улыбнулась, но ведь еще вчера она не обращала на меня внимания. Присмотрелся и заметил, что все садятся за столы не так, как вчера, ведут себя иначе, но почему?

Все, что видел, представлял, слилось вместе, все было связано, если что-нибудь видел, то оно всегда было особым и с особым смыслом и за этим следовало другое, и так без конца. Очевидно, все было из-за меня. Ночью я пытался заснуть, но не мог, перед глазами проносились события дня, и между ними устанавливалась связь.

Стало ясно, что все направлено против Нее; действительно, в ее жестах была тревога... По нечетным числам она не выходит из номера или выходит незаметно, по четным ведет себя спокойно и безразлично, это намек. Стал бродить по городу, впереди и сзади ехали машины, складывал цифры, четные ничего не означали, нечетные означали, что в машине «Ее» люди... Его впутывают в игру, он должен отвести от Нее беду и выручить, запутать следы... Сел в первый автобус, на лицах людей ожидание, здесь о нем уже известно. Водитель крутит руль нервно, повороты только налево. Вышел на случайной остановке. На здании написано «Еинелварп», нужно читать наоборот: «Правление», третья, нечетная буква — первая буква ее имени — Аня; разбил окно, нашел щит с рубильником, включал и выключал рубильник, подавал сигналы...

Доставленный в больницу из правления колхоза, находящегося в 100 км от города, больной уверен, что попал в разведцентр, и его испытывают, выдержит ли он. Заведующего отделением считает генералом особого отдела; это ясно по его манере говорить, называет воинские звания других врачей. Он выдержал все испытания, и его готовят для спецзадания, для этих целей его превращают в робота; то, что с ним произошло, — это следствие управления его поведением из центра. Подробно рассказывает о своих переживаниях, «потому что они нашим могут пригодиться».

После лечения состояние больного улучшилось. Он стал критически относиться к своим переживаниям. «Это происходило, — рассказывал он, — словно во сне или как в кино, если тебя снимают и ты играешь главную роль».

Первичный бред в отличие от чувственно-образного может довольно продолжительное время оставаться преобладающим признаком расстройства психической деятельности. Содержание первичного бреда может отражать все человеческие чувства, страсти, желания и опасения.

Для того чтобы составить общее впечатление о первичном бреде, обратимся к конкретному примеру. В нашей больнице работает истопником человек с высшим образованием. При случае он охотно и обстоятельно рассказывает врачам-психиатрам свою историю. Уже несколько лет он ведет обширную переписку с правительственными учреждениями, энергично добиваясь гло-

бальной реформы издательско-полиграфического дела в стране. Мысль о необходимости реформы пришла к нему однажды, когда он, читая книгу, заметил, что поле зрения приблизительно соответствует кругу. Вот тут-то ему и стало ясно, что весь мир живет в заблуждении и что книжный текст следует располагать на странице в пределах округлой, а не прямоугольной рамки. Пытаясь внедрить это предложение в жизнь, автор натолкнулся на сопротивление, а затем и прямое преследование косных чиновников, с которыми теперь он ведет непримиримую борьбу, отдавая ей все силы и все свободное время.

На первичный бред можно взглянуть как на своего рода теорию, объясняющую возникновение того или иного явления. Его логика (в отличие от логики чувственно-образного бреда) может на первый взгляд показаться безупречной. Самые тщательные исследования формальных показателей интеллекта больного с первичным бредом не обнаружат его нарушений, если только не касаться самых основ созданной им бредовой системы.

Глубокая убежденность такого больного в своей правоте порою прямо завораживает неждготовленного слушателя. «Чем черт не шутит,— начинает думать он,— а может, этот парень действительно гений, а мы все просто не способны понять смысл сделанного им открытия».

Каким же требованиям, предъявляемым к научной теории, не отвечает бредовая система больного?

Научная теория тем лучше, чем меньше принципов положено в ее основу и чем больше верных предсказаний она позволяет сделать. И пусть не все ее предсказания подтверждаются опытным путем. Ученого это не огорчит, а скорее обрадует: ведь тем самым устанавливаются границы возможного применения данной теории.

Научная теория, следовательно, черпает свою силу из опыта многих людей, пытающихся ее опровергнуть. Чем больше таких неудачных попыток, тем надежнее теория. Мысль о необходимости коллективной проверки любой безумной идеи органически присуща настоящему ученому. Но она совершенно чужда психике больного, охваченного бредом.

Вот и получается, что врач может судить о наличии бреда, вовсе не вникая в содержание теории, разрабо-

танной пациентом, а по его отношению к ней. Утверждение пациента об измене жены, например, может по своему содержанию соответствовать действительности, и тем не менее врач квалифицирует его как бредовое. Он поступит так потому, что сумеет распознать, как относится пациент к своим высказываниям.

Безусловно, врач тщательно анализирует и содержание высказываний пациента. Утрата контакта с реальностью (подробно мы поговорим об этом в следующей главе), способности взглянуть на создаваемые теории со стороны в подавляющем большинстве случаев приводит к неоправданным и нелепым заключениям.

Возникновение первичного бреда сопровождается особым изменением мышления, которое носит название обстоятельности. Беседуя с вами, больной будет излагать свои мысли с излишней доскональностью и обстоятельностью, причем, как правило, не замечая различия между существенным и несущественным.

Научная теория отлична от бреда и в том отношении, что она направлена на раскрытие всеобщего (закона) и поэтому может быть передана другим людям. Бредовая же идея является индивидуальным достоянием больного, и в этом она сходна с таким простым и единичным фактом, как ощущение. Человек с нормальным зрением, живущий среди дальтоники (лиц, страдающих цветовой слепотой), не смог бы передать им свое ощущение зеленого цвета. И чем больше бы он старался сделать это, тем более глубоким становилось бы непонимание окружающих. Аналогичным образом и бредовая идея отчуждает и изолирует больного, обрекая его на одиночество.

Люди, далекие от психиатрии, нередко задают каверзный вопрос: «Почему врач не называет бредом религиозные воззрения людей, суеверия и пр.?»

Ответ на него уже содержится в определении бреда: нельзя называть бредом идеи, усвоенные пациентом в процессе воспитания и разделяемые людьми его круга, только на том основании, что они не соответствуют естественнонаучным представлениям. И в этом случае все дело не в том, что утверждает больной, а в том, как он относится к своим высказываниям.

И все же вопрос этот заслуживает того, чтобы рассмотреть его подробнее. Он заставляет нас задуматься над ценностью идей, которые не являются истинными

в научном смысле этого слова, но и не отбрасываются как никчемные. Они могут быть названы, пользуясь удачным выражением К. И. Чуковского, «необходимыми иллюзиями... культуры, разрушать которые не то что не должно, но просто-таки невозможно». Так, например, религиозные воззрения людей (а если заглянуть еще глубже в историю — мифы наших предков) выполняли наряду со многими другими важные общественные функции. Их истинность находила не научное, а социальное подтверждение, объединяя и сплачивая людей, чего никак нельзя сказать в отношении бреда.

Разрушение необходимых иллюзий культуры, проводимое естественнонаучным мышлением, не всегда обогащает человека, а порою может привести его лишь к цинизму и своего рода духовному растрепанности. Подробный анализ этой проблемы выходит, однако, за рамки данной книги.

Все своеобразие отношения больного к бреду проявляется порою очень отчетливо еще на стадии формирования бредовой идеи. Научная теория рождается на основе интуитивного творческого процесса, ведущего ученого от фактов к понятиям, в то время как бредовые идеи больного зачастую возникают ниоткуда. На это обстоятельство иногда обращают внимание сами больные, называя их странными, неожиданными. Тем не менее они не сомневаются в истинности этих идей.

Душевное заболевание в некоторых случаях оказывает серьезное влияние на художественное творчество (Врубель, Чюрленис, Кафка и др.). Однако событием мировой культуры художественное произведение становится лишь тогда, когда оно что-то сообщает (на языке слов или чувств) людям. Страдая бредом преследования, талантливый больной художник может отразить свои переживания на полотне с неожиданной яркостью и остротой. Эти переживания, хотя и вызваны болезнью, могут быть почувствованы и поняты нами. Бредовая же идея не передается другим людям и поэтому никчемна.

Нашему утверждению не противоречат случаи так называемого индуцированного бреда, когда больной, обычно лидер небольшой группы, члены которой связаны тесными, например родственными, узами, навязывает им свой бред. Это происходит либо путем бессознательного копирования поведения лидера (в том числе

его внутренних переживаний), либо посредством внушения. Например, больная мать, убежденная в том, что страдает сифилисом, может передать свой бред 18-летней дочери. Этот индуцированный бред, строго говоря, не следовало бы и называть бредом, поскольку он пришел к дочери извне, не является продуктом деятельности ее болезненно измененной психики. Поэтому естественно, что самая непродолжительная изоляция девушки и соответствующая терапия освободят ее от привитых идей.

Психиатру приходится сталкиваться со случаями индуцированного бреда, участвуя в разбирательстве уголовных дел, возбуждаемых в связи с деятельностью различного рода пророков, целителей и их последователей. Об этих случаях много писали в последнее время в газетах и журналах, поэтому мы не станем вдаваться в подробности. Несомненно, что среди указанных лиц много людей, индуцированных своими предводителями и поэтому утративших способность критически воспринимать их деятельность.

От индуцированного бреда психиатры отличают бред конформный, когда два больных человека, общаясь между собой, вплетают каждый в свою бредовую систему фрагменты чужого бреда.

Убежденность бредового больного не идет ни в какое сравнение с тем, что обычно называют верой.

Для того чтобы каким-то образом охарактеризовать эту убежденность, вспомним размышления Декарта, занятого поисками надежного основания для своей философии. «Я могу сомневаться во всем,— приблизительно так говорил себе он,— и в тех впечатлениях, которые сообщают мне органы чувств об окружающем мире, и в существовании самого этого мира, ведь Бог мог внушить мне все это, в одном лишь я не могу усомниться — в существовании моего сомневающегося Я». Уверенность в собственном существовании первична и поэтому не обсуждается. Мы можем поэтому сказать, что бредовая идея столь же несомненна для больного, как и факт существования его собственного Я. Неудивительно, что бред обезоруживает больного, не позволяет критически отнестись к завладевшей им идее.

Противоправные поступки, совершенные больным под влиянием бреда, не могут быть поставлены ему в вину. Признавая человека невменяемым, суд, ориентирующий-

ся на заключение эксперта-психиатра, берет на себя очень большую ответственность. Это как раз тот случай, когда вопрос о границе душевного здоровья встает с особой остротой. Здесь недопустима ошибка ни в ту, ни в другую сторону: за нее придется расплачиваться либо невинному (больному) человеку, либо обществу.

В своей бредовой убежденности больной отчасти напоминает ребенка, интеллектуальные способности которого еще не получили достаточного развития. «Что поражает прежде всего в ребенке...— пишет французский психолог Ж. Пиаже,— так это его необыкновенная уверенность во всем. Когда показывают ребенку 4—5 лет... два ящика одинакового объема и спрашивают: «Который тяжелее?» — ребенок сразу же отвечает: «Вот этот»,— предварительно не взвесив его даже в руке. И так во всем. «Я это знаю» — вот единственное доказательство, которым пользуется детская логика... Следует еще раз напомнить, что даже опыт не в силах вывести из заблуждения настроенные таким образом детские умы. Виноваты вещи. Дети же никогда».

Это сходство проявляется еще и в том, что бредовой больной, как и ребенок, не чувствителен к противоречию. Ребенок 4—7 лет не способен к обобщению и поэтому никогда не доказывает правильность своих мнений. Семилетний ребенок может, например, утверждать в одно и то же время, что лодки плавают потому, что легкие, а корабли — потому, что они очень тяжелы.

В следующей главе, рассматривая мышление больного шизофренией, мы обнаружим еще одну характерную черту, свойственную как пораженному болезнью, так и детскому уму, а именно: склонность к фантазированию, уходу из действительности в мир грез.

Указанные аналогии нельзя, конечно, рассматривать, как и всякие аналогии, в качестве доказательства. Процессы, разыгрывающиеся в мозге больного и ребенка, различны, хотя их проявления сходны.

Тщательная реконструкция состояния больных в период развития у них бреда позволила выявить отдельные стадии этого процесса. Изучая их, психиатр убеждается в том, что бред — это не результат оригинальной творческой переработки поступивших к больному извне сведений или идей, а продукт деятельности его болезненно измененной психики.

Прежде всего больной замечает, что окружающий его

мир изменился. Все стало странным, загадочным, таинственно тревожным. Такое состояние, когда больной знает, что все происходящее вокруг него что-то означает, но не может ухватить смысла событий, крайне мучительно.

По мере формирования бреда это состояние сменяется новым, еще более тревожным переживанием. Возникает несомненная убежденность в том, что все происходящее имеет отношение к больному (бред отношения): окружающие делают ему какие-то знаки, на что-то намекают; статьи в газетах предупреждают об опасности. Так продолжается до тех пор, пока наконец больному не открывается смысл всего происходящего. Очевидно, все дело в том, что его родственники и сослуживцы участвуют в заговоре, цель которого — погубить больного и присвоить сделанное им открытие. Больной начинает анализировать свое прошлое и обнаруживает там массу событий, якобы указывающих на правильность своей догадки (бред преследования). Эта способность больного перемещать созданные его воображением события в свое прошлое, как правило, недостаточно оценивается окружающими и может вводить их в заблуждение относительно состояния больного.

В период формирования бреда больной обычно неспокоен, однако в иных случаях бывает вообще невозможно указать на тот момент в жизни больного, начиная с которого им завладела бредовая идея.

В процессе работы над бредом больной обычно включает в него все возрастающее число действующих лиц; при этом уже не только сослуживцы, но и милиция, и правительства разных стран участвуют в борьбе: одни — на стороне больного, другие — на стороне его врагов.

Как правило (но не всегда), с годами бред как бы теряет свою энергию и уже не определяет поступки больного.

Следует иметь в виду, что внешне незаметное развитие первичного бреда может в любой момент закончиться катастрофой: больной, защищая свое изобретение (честь, достоинство, саму жизнь), перейдет в наступление и жестоко расправится со своими «врагами».

Как бы ни мал был бред, он всегда указывает на болезненное расстройство всей личности. Это обстоятельство, как правило, не осознается родственниками

и товарищами больного. Для психиатра же изучение личности больного крайне важно и имеет решающее значение при выявлении бреда. Особое внимание врач обращает на анамнез — изучение всего жизненного пути пациента. Мы приведем лишь один возможный вариант развития личности больного с первичным бредом — случай, с которым встречался хотя бы раз каждый психиатр.

С самого детства и лет до сорока нашего пациента все называли чудаком. Это был своенравный, капризный, склонный к конфликтам и спорам, подозрительный, излишне прямолинейный субъект; особенно ему мешало жить обостренное до болезненности чувство справедливости, прежде всего в отношении собственных прав. Бросалась в глаза противоречивость его характера: он был одновременно добр и высокомерен, отзывчив и упрям, предан своей семье и надменен в отношениях с товарищами.

Шли годы, и все эти черты постепенно заострялись, приобретали гротескный характер. Заговорив с ним, вы очень скоро обнаружили бы, что по любому вопросу ваш собеседник имеет свое собственное (не такое, как у всех) мнение. Отстаивая его, он не считается с ситуацией и последствиями. Предмет особой его гордости — это правила, регламентирующие все стороны жизни. Распорядок дня, режим питания, одежда — все тут необычно.

Юношеские увлечения больного философией, космогонией, религией, техникой начинают занимать в его жизни все большее место. В какую форму разовьется бред такого больного, зависит от многих обстоятельств. Возможно, он совершит грандиозное открытие и начнет рассылать свои труды во всевозможные инстанции или в один прекрасный день поймет, что окружен врагами, что родственники и сослуживцы хотят присвоить плоды его труда. Иной больной вдруг обнаружит, что является близким родственником того или иного выдающегося человека — общественного деятеля, ученого, актера.

По мере кристаллизации бреда — и это самое главное — отчетливо выявляются изменения личности больного; психиатр узнает о них, расспрашивая родственников и друзей своего пациента. Больной, которому и раньше была чужда радость бытия и душевная теплота, становится еще более замкнутым, подозрительным, рав-

нодушным и холодным. Он может внезапно сменить место работы, бросить семью, хотя ранее был к ней сильно привязан, переехать в другой город.

Можно думать, что нарастающее изменение личности и поведения этого больного обусловлено болезнью, которая течет так медленно, что иной раз даже к концу его жизни не успевает дорасти до настоящего психоза. Эта точка зрения не получила, однако, всеобщего признания. Некоторые психиатры полагают, что в таких случаях правильнее говорить не о болезни, а о серьезной аномалии развития личности пациента.

Люди различаются по своей предрасположенности к бредообразованию. Проявлению бреда способствуют травмирующие психику внешние воздействия (например, условия боевой обстановки) или сведение к минимуму контактов с внешней средой — информационный голод. Бредовые идеи часто возникают у эмигрантов, попавших в чуждую и непривычную для них обстановку. Как мы уже видели, бред часто развивается при мании и депрессии. Таким образом, вероятно, существуют некие психические механизмы, которые не выявляются в обычных условиях, но активируются, когда человек, предрасположенный к бредообразованию, сталкивается с чрезвычайными обстоятельствами.

Справедливость этой мысли уже давно была известна психиатрами. Э. Крепелин — один из основоположников современной психиатрии — так писал по этому поводу: «Многочисленные формы проявления психоза раз навсегда установлены преформированными данными человеческого организма. Они разыгрываются одинаковым образом всюду, где к тому даны предпосылки. Это помогает нам уяснить себе то приводящее в смущение обстоятельство, что, с одной стороны, одинаковые расстройства наблюдаются при различных заболеваниях, а с другой стороны, что клинические картины течения одного и того же заболевания являются совершенно разными».

Конкретные причины развития бреда сегодня не известны ни врачам-психиатрам, ни биологам. Неоднократно предпринимавшиеся попытки психологического объяснения первичного бреда также не привели к раскрытию непосредственных механизмов его формирования, позволив, однако, выявить психологическую основу, на которой он в некоторых случаях развивается.

Психиатры различают бред и так называемые **сверхценные идеи**. Сверхценная идея — это, как правило, психологически понятная здоровому человеку мысль (или представление), ставшая в силу обстоятельств для данной личности средоточием всей ее жизни.

Сверхценная идея ревности может быть проиллюстрирована на примере Отелло и Арбенина. Нетрудно представить себе и коллекционера, с таким пылом и страстью предающегося любимому занятию, что на все остальное у него просто не хватает времени. Порою сверхценная идея принимает форму чрезмерной заботы о своем здоровье. Наблюдая за таким человеком, невольно приходишь к заключению, что здоровье стало для него самоцелью, а не условием, способствующим реализации каких-либо других сторон личности. Наконец, сверхценная идея может возникнуть в ходе развития вполне естественной реакции личности на незначительную обиду или несправедливость. Меры и усилия, предпринимаемые в этом случае для восстановления погрязших прав, находятся в явном несоответствии с испытанным моральным или материальным ущербом. Наглядными примерами такого рода «борцов за справедливость» могут быть образы Ивана Ивановича и Ивана Никифоровича, созданные Н. В. Гоголем.

Все те лица, которых в просторечии называют фанатиками, — это в большинстве своем люди, одержимые сверхценной идеей (поведение фанатика может определяться и настоящей бредовой идеей). Иногда трудно разграничить эти два различных состояния психики, тем более что порою сверхценная идея со временем трансформируется в бредовую.

Завершив наше знакомство с бредом, перейдем к другому часто встречающемуся нарушению психической деятельности — к галлюцинациям.

При галлюцинациях пациент правильно воспринимает окружающую действительность и, сверх того, видит (или слышит, осязает и т. д.) то, чего нет на самом деле. Содержание галлюцинаций не может быть изменено усилием воли. Больной, как правило, непоколебимо убежден в том, что воспринимает объективно существующие в пространстве и времени явления.

Однако в некоторых случаях он все же научается отличать галлюцинации от реальных восприятий. «Увидев», например, своего умершего родственника, он может по-

нять, что это ему кажется, т. е. что воспринимаемый им образ — галлюцинация. Часто больные, страдающие алкоголизмом, свыкаются с галлюцинациями (которые в этом случае бывают очень обильны) и научаются не обращать на них внимание.

В отличие от галлюцинаций **иллюзии** — это неправильное, искаженное восприятие предметов или явлений. Психиатра, естественно, не интересуют иллюзии, возникающие в условиях нормальной работы мозга, т. е. у здорового человека, так называемые физические иллюзии (излом ложки в стакане с водой, миражи в пустыне и т. д.) или иллюзии физиологические (иллюзии контраста, смещения, высоты и пр.). Его внимание привлекают лишь те иллюзии, которые сопровождают расстройства психической деятельности. К их числу относятся, в частности, аффективные иллюзии. Оказавшись ночью в лесу, мы можем принять пень за волка, а в шелесте листьев услышать шаги подкрадывающегося бандита. Очевидно, что возникновение аффективных иллюзий обусловлено общим тревожным состоянием, неуверенностью в своих силах.

Используя современный метод исследования — эмиссионную позитронную томографию — удалось установить, что при зрительных галлюцинациях возрастает снабжение глюкозой затылочных областей коры головного мозга, т. е. как раз тех областей, которые непосредственно участвуют в переработке зрительной информации. Очевидно, таким образом, что в эти отделы действительно поступает в обход обычных путей хранящаяся в памяти информация. По-видимому, она предварительно преобразуется другими отделами мозга, т. е. галлюцинации не повторяют события и сцены, ранее виденные больным.

Этим, в частности, галлюцинации отличаются от эйдектизма — редкой способности, наблюдаемой иногда у художников и других лиц. Эйдетик обладает особой образной памятью — он способен, часто по собственному желанию, воспроизвести в своем воображении виденные ранее предметы и события во всех мельчайших подробностях и деталях, например, вновь увидеть страницу книги, перелистанной несколько недель назад, он даже может прочесть ее так, как если бы книга лежала перед ним.

Галлюцинации могут наблюдаться и у здоровых людей, попавших в экстремальные условия: при переутомлении, истощении, сильном эмоциональном возбуждении.

К таким кратковременным галлюцинациям склонны лица с неустойчивой психикой, обладающие к тому же развитой фантазией.

Галлюцинации могут быть необычайно разнообразны: зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и пр. У больных шизофренией нередко так называемые галлюцинации общего чувства, когда пациент чувствует, как внутри его организма что-то движется и переливается. При этой болезни иногда развиваются также обонятельные галлюцинации, например отвратительные запахи, которые могут исходить от тела самого больного. Галлюцинации и бред в этих случаях нередко так тесно переплетаются между собой, что их трудно отделить друг от друга. При слуховых галлюцинациях голоса могут подавать больному советы, передразнивать, оскорблять его, отдавать приказы и т. д. Необычайно яркие и красочны галлюцинации больных, страдающих эпилепсией.

Важное значение для диагностики шизофрении имеют так называемые **слуховые псевдогаллюцинации**. Это голоса, которые приходят к больному не извне, а изнутри его тела, например, звучат в голове и воспринимаются непосредственно, минуя органы слуха. Хотя больной и признает, что такой голос отличен от обычного, он не сомневается в его реальности. Для того чтобы передать врачу всю необычность переживаний, обусловленных слуховыми псевдогаллюцинациями, больные часто придумывают новые слова. Иногда они объясняют появление голосов различными внешними воздействиями, говоря, что эти голоса им сделаны. Так, например, больной Привалов, описанный В. Х. Кандинским — психиатром, введшим в употребление само понятие псевдогаллюцинации, различал «прямое говорение» (слуховые галлюцинации) и «говорение посредством тела», когда враждебные ему лица, «пропуская ток через его голову, заставляли больного слышать те или иные слова или фразы (слуховые псевдогаллюцинации)». Иногда слуховые псевдогаллюцинации выражаются в навязчивом повторении любой мысли больного, как будто кто-то подслушивает его; зачастую два таких «голоса» обсуждают каждый шаг больного, говоря о нем в третьем лице. Псевдогаллюцинации, как правило, сопровождаются другими расстройствами психической деятельности; мы рассмотрим их в главе, посвященной шизофрении.

Ранее мы определили галлюцинации как ложные вос-

приятия. Это, конечно, было сознательным упрощением. Почему это так, легче всего объяснить на примере зрительных галлюцинаций. Больной сообщает вам, что видит недалеко от себя пламя, настоящий костер. И его не удивляет, что он совершенно не ощущает тепла, как это всегда бывает, когда находишься вблизи костра. Следовательно, говорят психиатры, в этот момент что-то происходит с самосознанием больного, он перестает критически относиться к возникшему в сознании образу.

Слуховые галлюцинации, как правило, возникают при ясном сознании, хотя в этом случае порою поражает та готовность, с которой больной исполняет все услышанные им приказы.

Галлюцинации у здорового человека возникают в условиях информационного голода, или, говоря более строгим языком, сенсорной изоляции, когда резко снижается объем поступающей в мозг информации.

Уже давно было отмечено возникновение галлюцинаций у лиц, находящихся в одиночном заключении, и у моряков, потерпевших кораблекрушение. Однако научный анализ этого явления был проведен относительно недавно.

В одном из экспериментов испытуемого погружали в бассейн с теплой водой, который находился в тщательно изолированном от внешней среды помещении: его стены были непроницаемы для света, звука и вибраций. На голову испытуемого надевали светонепроницаемую маску, а на руки и ноги — специальные манжеты, не позволявшие касаться собственного тела. Продолжительность испытания, как правило, не превосходила семи суток.

Исследования показали, что сенсорная изоляция вызывает ряд характерных нарушений психической деятельности: нарастает тревога, возникают многочисленные иллюзии и галлюцинации, испытуемые с трудом заставляют себя сосредоточиться, думать на заданную тему.

Изучение сенсорной изоляции оказалось очень важным в практическом отношении. В частности, обнаружилось, что в условиях больницы многие больные, страдающие заболеваниями сердца и других внутренних органов, испытывают сенсорный голод, и это заметно ухудшает их общее самочувствие. Вместе с тем совершенно неожиданно выяснилось, что такая изоляция может улучшить состояние больных, страдающих психическими за-

болеваниями, в частности некоторыми формами депрессии. Положительный эффект сохранялся в течение довольно продолжительного промежутка времени. Сенсорная изоляция была успешно использована также для преодоления зависимости от никотина (при борьбе с курением) и пр.

Галлюцинации легко возникают под влиянием различных химических веществ — галлюциногенов: ЛСД, мескалина, каннабиола и др. Для того чтобы вызвать галлюцинации, достаточно ввести в организм ничтожно малое количество препарата; эта доза для ЛСД, например, составляет всего лишь 0,1 мг. Такие экспериментально вызываемые галлюцинации являются предметом тщательного изучения специалистов-биологов.

Рассмотрим в общих чертах механизм действия галлюциногенов. Для этого нам прежде всего придется припомнить, каким образом осуществляется передача информации между нервными клетками (нейронами); естественно, мы упомянем лишь наиболее важные этапы этого сложного многоступенчатого процесса. В нейроне обычно различают центральную часть — тело и отходящие от него отростки, порою достигающие значительной длины. Часть этих отростков контактирует с телами других нейронов, в то время как другие служат для передачи сигнала от центральной нервной системы на периферию. В местах контактов отростков с телами нейронов образуются соединения, называемые синапсами. Здесь и происходят процессы, обеспечивающие передачу сигналов между нейронами.

Квантом информации в мозге является определенное количество особого вещества — медиатора, которое нейрон, возбуждаясь, выталкивает в синаптическую щель. В качестве медиаторов мозг использует не одно, а несколько различных соединений: серотонин, норадреналин, ацетилхолин, дофамин и др. Эти соединения постоянно синтезируются в нервных клетках. Молекулы медиатора, попав в синаптическую щель, очень быстро достигают тонкой оболочки (биологи предпочитают говорить — клеточной мембраны) другого нейрона, где связываются рецепторами — специальными белковыми комплексами, встроенными в клеточную мембрану. Размеры рецептора (вместе с другими подсобными молекулами) больше толщины клеточной мембраны. Поэтому верхняя его часть, распознающая медиатор и связываю-

щая его, находится снаружи нервной клетки, в то время как нижняя погружена внутрь нейрона. Для связывания необходимо, чтобы молекула медиатора и распознающая ее часть рецептора были по своей структуре комплементарны друг другу, т. е. подходили одна к другой, как ключ к замку (тот же принцип лежит в основе взаимодействия молекул фермента и субстрата, антител, циркулирующих в крови, и чужеродных организму антигенов). Связав молекулу медиатора, рецептор изменяет свою форму и нижней своей частью активирует биохимические процессы, идущие внутри нейрона. Благодаря такой довольно сложной, но очень быстро протекающей последовательности процессов нейроны получают возможность общаться между собой.

Пытаясь понять механизм действия галлюциногенов, биологи заметили, что по своему строению эти вещества во многом сходны с медиаторами. Отсюда недалеко до предположения о том, что действие галлюциногенов состоит в блокировании нейрональных рецепторов. Оккупировав рецепторы, галлюциногены не дают им возможности взаимодействовать с настоящим медиатором.

Последующие исследования в целом подтвердили справедливость этой точки зрения. Было установлено, например, что молекулы ЛСД легко связываются с рецепторами, обладающими большим сродством к серотонину; другие же галлюциногены блокируют дофаминовые или ацетилхолиновые рецепторы.

Представление о том, что галлюциногенная активность ряда соединений обусловлена их способностью конкурировать с нейрональными рецепторами, было подкреплено затем многочисленными исследованиями. В частности, когда экспериментатор тем или иным путем уменьшал содержание серотонина в нейронах, это приводило к усилению галлюциногенного действия ЛСД.

В какой мере можно надеяться, что, изучая действие галлюциногенов, мы сможем разобраться в природе психических заболеваний? Большинство ученых сегодня полагают, что на этой основе не удастся воспроизвести такие сложные нарушения психической деятельности, какие наблюдаются, например, при шизофрении.

Значительно более интересны в этом отношении результаты, полученные при изучении психических нарушений, вызванных хроническим приемом одного из психостимуляторов — амфетамина. Врачи-психиатры обнару-

жили, что при длительном злоупотреблении амфетамином нередко развиваются настоящие психозы с многочисленными зрительными, тактильными и слуховыми галлюцинациями, а также, что еще более интересно, с бредом отношения и преследования. Одним словом, врачи наблюдали у этих больных комплекс психических нарушений, который лишь с большим трудом можно отличить от клинических проявлений шизофрении (одной из ее форм). При амфетаминовых психозах возникали и некоторые другие характерные для шизофрении симптомы, например стереотипия (многократные повторения одного и того же движения).

Тщательное изучение этих психозов показало, что нарушение психической деятельности прямо зависит от концентрации препарата в организме: обычно психоз слабел спустя 5—7 суток после прекращения приема амфетамина. В некоторых же (правда, немногочисленных) случаях психоз затягивался на несколько месяцев. К сожалению, причина этого явления так и осталась невыясненной. Введение амфетамина могло провоцировать начало эндогенного психоза или выявлять определенные конституционные особенности пациентов.

Внезапное прекращение приема амфетамина также неблагоприятно сказывалось на состоянии пациента — приводило к возникновению бессонницы и депрессии с идеями самообвинения; нередко были и суицидальные попытки.

В пользу гипотезы, предполагающей провоцирующее действие амфетамина, обычно приводят следующий факт: родители больных амфетаминовыми психозами заболевают шизофренией с частотой 3,5%, а их братья и сестры — с частотой 4,6%, что значительно выше средних показателей для населения в целом (1%). Таким образом, действительно, можно допустить, что предрасположение к шизофрении сочетается с предрасположением к возникновению амфетаминовых психозов. Однако это не единственное объяснение. Может случиться и так, что лица с наследственной предрасположенностью к шизофрении с большей легкостью поддаются пагубной привычке злоупотреблять амфетамином.

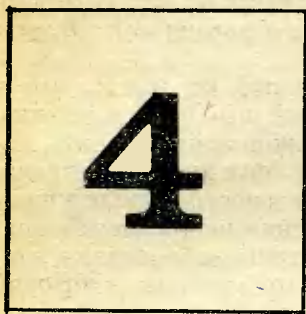
Последствия острой и хронической интоксикации амфетамином подробно изучены на обезьянах. Наибольший интерес для психиатров представляют опыты, в которых препарат вводили животным достаточно долго. При

таком введении заметно изменялось их поведение. Обезьяны становились менее подвижными и общительными, и вместе с тем возрастала их раздражительность и агрессивность. Ученые наблюдали возникновение двигательных стереотипий; у животных формировались совершенно новые формы поведения: они постоянно ощупывали свое тело, озирались и как бы что-то разглядывали перед собой (это поведение так и называли глазением). Время от времени они как-будто пытались схватить в воздухе какой-то предмет, неожиданно нападали на отсутствующего врага или спасались от него бегством, т. е. вели себя подобно больным, охваченным галлюцинациями.

Анализ этих наблюдений наводит на мысль, что в основе самых сложных нарушений психики, возможно, лежат очень простые явления. Можно предположить, например, что начало заболевания обусловлено незначительными изменениями чувствительности определенных групп нейронов. С этой точки зрения наблюдаемая врачом сложность клинической картины заболевания вторична, определяется сложностью той системы, в которой возникают эти нарушения (т. е. мозга человека). Ученые, работающие в области биологической психиатрии, уже много лет пытаются отыскать в организме больных вещества, чем-то напоминающие галлюциногены, т. е. способные в самых незначительных концентрациях нарушать работу мозга. В последние годы интерес к этим исследованиям еще более возрос в связи с открытием эндогенных опиатов, лекарственных рецепторов и рядом других находок, о которых мы подробно поговорим в заключительном разделе следующей главы.

РАСЩЕПЛЕННАЯ БОЛЕЗНЬЮ ЛИЧНОСТЬ

Мышление без цели и логики. Причудливые метаморфозы в море эмоций. Уйти в себя, чтобы уже не вернуться. «Энергетический кризис» души.



В конце прошлого века психиатры пришли к заключению о существовании особого психического заболевания, которое было названо ими ранним слабоумием, а затем под влиянием работ Э. Блейлера шизофренией (от греч. «схизис» — расщепляю и «френ» — ум, душа).

Несмотря на большие успехи, достигнутые в терапии этой болезни, шизофрению и сегодня относят к числу тяжелых психических заболеваний. Для нее характерно длительное непрерывное (часто волнообразное) или приступообразное течение.

По данным американских психиатров, общие убытки от заболевания шизофренией велики: они составляют 2% от валового национального продукта США; только 20% этих средств (около 7 млрд. долл. в год) уходит на оказание непосредственной медицинской помощи больным (их лечение), все же остальные потери обусловлены снижением их работоспособности, выходом на инвалидность и пр. В связи с этим очевидна важность разработки мер, позволяющих больным по миновании острого (психотического) периода заболевания реабилитироваться, т. е. вернуться в жизнь.

Средняя распространенность больных шизофренией среди населения около 1%. Это означает, что в одной только нашей стране больны шизофренией более 2 млн. человек, а около 400 тыс. находятся на инвалидности. Это очень высокие цифры: люди болеют шизофренией приблизительно в 6 раз чаще, чем диабетом.

Ребенок при болезни одного из родителей заболевает шизофренией в 12% случаев, а при заболевании обоих

родителей — в 36% случаев. Конкордантность (одинаковость, см. главу 2) однояйцовых близнецов при шизофрении может достигать 35—58%, а двухъяйцовых — 8—26%. Поскольку конкордантность однояйцовых близнецов при шизофрении в среднем не превосходит 40%, очевидно, что возникновение заболевания определяется не только особенностями генотипа, но и влиянием каких-то экзогенных (внешних) факторов.

Сегодня нет единодушия в решении вопроса о природе этих факторов. Некоторые ученые ставят во главу угла различного рода неблагоприятные воздействия на мозг во время внутриутробного развития или при родах. Эта точка зрения подтверждается результатами изучения детей, у которых матери больны шизофренией (эти дети образуют так называемую группу повышенного риска). Подобное исследование проводилось, например, в Дании в 70-х годах. На протяжении 6 лет ученые наблюдали группу из 207 подростков. В начале обследования их средний возраст составлял 15 лет. За время наблюдения 20 подростков заболели шизофренией. Тщательное изучение анамнеза таких больных показало, что их масса при рождении была заметно ниже средней, т. е. их внутриутробное развитие проходило неблагоприятно.

Другие исследователи обратили внимание, что дети из группы повышенного риска чаще, чем их сверстники, болеют инфекционными заболеваниями; они неуклюжи, легко возбудимы и отвлекаемы, плохо спят, чаще других детей отбиваются от рук, нарушают дисциплину в школе, с трудом уживаются в коллективе. Нередко они проявляют повышенный интерес к философии и психологии, музыке, не любят спортивные игры и всячески уклоняются от участия в них. Встречаются, правда, среди них изредка дети, увлеченные разного рода экзотическими спортивными упражнениями (йогой, особыми видами атлетической гимнастики); этим занятиям придается обычно особое значение, они окружаются атмосферой таинственности.

Некоторые психиатры считают, что заболевание шизофренией в значительной мере определяется наряду с наследственным предрасположением условиями, окружающими ребенка, в частности его взаимоотношениями с матерью. Они полагают, что больная мать не в состоянии создать оптимальную для развития ребенка эмоциональную атмосферу: она либо чересчур холодна с ним, либо,

напротив, чрезмерно заботлива; ее реакции на те или иные поступки ребенка непредсказуемы и зачастую противоречивы.

Провозгласив в конце прошлого века шизофрению самостоятельным психическим заболеванием, психиатры полагали, что главной и отличительной ее особенностью является непрерывное развитие болезненного процесса, приводящего в конце концов к слабоумию. Это убеждение было столь велико, что даже определило название этой болезни — «раннее слабоумие». Но уже тогда знали, что это слабоумие особого рода, отличное, например, от старческого.

Тщательное изучение вопроса, однако, показало, что слабоумие (и инвалидизация) при шизофрении не неизбежно, тем более сегодня, когда врачи получили в руки много новых лекарственных препаратов (новая психофармакологическая эра — так называли ее психиатры — ведет свое начало с конца 50-х годов нашего века).

Современные лекарства хотя и не излечивают больного, но изменяют характер болезни, не говоря уже о том, что они, как правило, позволяют быстро подавить острые (психотические) ее проявления. Благоприятно сказывается на течении болезни и общее улучшение социальных условий жизни людей, внедрение новых форм внебольничной помощи и многое другое. Благодаря совместному действию всех этих факторов на протяжении последних десятилетий отчетливо выявляется тенденция к более благоприятным исходам шизофрении. По данным американских психиатров, например, в 1932 году не более 35% больных шизофренией, выписавшись из больницы, смогли адаптироваться к жизни в обществе. В 50-х годах эта цифра возросла до 45% (при этом еще у 21% больных отмечалась частичная адаптация, позволявшая им покинуть клинику). Сегодня, по данным этих авторов, уже более 50% впервые поступивших в клинику больных возвращаются по окончании курса лечения к нормальной жизни, а еще 25% покидают больницу в состоянии частичного улучшения. Психические нарушения у оставшихся 25% больных слишком значительны, поэтому они «оседают» в психиатрических клиниках на долгий срок.

Самое же важное, что изменился характер болезненного процесса. Наблюдая за больными на протяжении длительного промежутка времени (208 больных наблю-

дались в течение 22 лет), врачи убедились, что состояние больных ухудшается только на протяжении первых пяти лет заболевания. Больные сегодня чаще, чем в прежние годы, поступают в больницу, однако время их пребывания там значительно уменьшилось.

Подсчитано, в частности, что больной шизофренией проводит в больнице не более 10% времени. Иными словами, имеются серьезные основания считать таких больных по преимуществу амбулаторными.

Масштабность происходящих в этой области изменений может быть проиллюстрирована следующими данными: число коек, занятых больными шизофренией в США, уменьшилось с 1955 года более чем в 2 раза. Однако эта величина все же составляет около одной трети от общего коечного фонда, предназначенного для душевнобольных.

Основным проявлением шизофрении сегодня считают не слабоумие, а изменение личности больного. Заболевание в одних случаях поражает преимущественно мышление больного, а в других — сферу чувств и воли; нарушение этих функций обычно идет на фоне снижения психической активности больного, утраты его интереса к миру.

Проявления шизофрении необычайно разнообразны: почти все известные в психиатрии синдромы (а их более сотни) могут наблюдаться при этом заболевании. Поэтому неудивительно, что психиатры потратили много времени и сил, пытаясь классифицировать проявления болезни. Работа так и осталась незавершенной. И это, по всей вероятности, не случайно, а обусловлено самой природой заболевания: судя по всему, мы имеем здесь дело с непрерывным спектром возможных проявлений болезненного процесса.

Не зная причин возникновения наблюдаемых при шизофрении симптомов и синдромов, мы вынуждены ограничиваться пересказом наблюдаемых психиатрами внешних проявлений болезни. Эти наблюдения имеют непреходящую ценность, но они — как показывает практика — не могут быть усвоены заочно, в отсутствии постоянных контактов с пациентами. В связи с этим мы рассмотрим лишь самые характерные для шизофрении расстройства, убедительно предупреждая в то же время читателя об опасности скоропалительных обобщений. Шизофрения подобна континенту, путешествуя по которому, вы може-

те встретить самые разнообразные ландшафты; там есть и высокие горные хребты, и бескрайние равнины, и безводные пустыни, и могучие реки... Только исколесив — и не один раз — из конца в конец этот континент, можно по-настоящему узнать его, научиться примечать то общее, что скрывается за видимым разнообразием встающих перед глазами картин.

Первой и наиболее важной характеристикой шизофрении является тип течения заболевания. Болезненный процесс может развиваться непрерывно или в виде приступов; между этими двумя крайними вариантами располагается множество промежуточных форм, когда на фоне непрерывно идущего процесса возникают кратковременные обострения. По окончании приступа (обострения) больной не выздоравливает полностью, его состояние в межприступный период получило специальное название — ремиссии. Как правило, именно в этот промежуток времени отчетливо выявляются изменения личности больного.

Второй важной характеристикой заболевания является темп течения болезненного процесса. О темпе судят по скорости возникновения личностных изменений. В одних случаях этот темп так высок, что больной в считанные годы становится глубоким инвалидом, в других же — болезнь течет вяло и не сопровождается глубокими изменениями личности.

Естественно, что этих характеристик недостаточно для исчерпывающего описания болезненного процесса, назначения правильной терапии и прогноза заболевания. Поэтому психиатры прибегают к ряду дополнительных указаний, на которых мы, однако, не имеем возможности останавливаться.

Наиболее серьезные изменения личности больного наблюдаются при непрерывном течении заболевания, когда его темп высок. На долю этой формы приходится 6% заболевших шизофренией. Начинается она, как правило, в детском или юношеском возрасте. Заболевание же, протекающее в виде приступов, напротив, наиболее благоприятно в плане последующей социальной и трудовой адаптации. Приступообразной формой страдает около 13% больных шизофренией. Почти половина таких больных за всю жизнь переносит лишь один приступ. Эти приступы отличаются определенным своеобразием, од-

нако у нас нет возможности рассмотреть этот вопрос подробнее.

Чаще всего шизофрения течет вяло, в виде непрерывно развивающегося процесса, на фоне которого могут наблюдаться отдельные обострения; на эту форму приходится до 50% всех случаев заболевания. Болезнь начинается, как правило, в юношеские годы: среди больных, заболевших до 17-летнего возраста, более 40% страдают этой формой шизофрении. Течение заболевания в этом случае относительно благоприятное: более 60% больных полностью сохраняют свою трудоспособность.

Всегда ли лучше, чтобы заболевание протекало с незначительными изменениями личности пациента? Даже на такой, казалось бы, простой вопрос нельзя ответить однозначно. Психиатры неоднократно замечали, что снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое изменение и обеднение его личности порою оказываются благоприятными в социальном отношении: покинув больницу, больной как бы начинает новую жизнь, соответствующую его состоянию.

Начнем наше знакомство с шизофренией с наиболее ярких и острых (психотических) проявлений заболевания. Это, однако, не должно ввести читателя в заблуждение. Острый приступ, сопровождающийся, например, бредом, галлюцинациями, аффективными расстройствами и другими бросающимися в глаза нарушениями психической деятельности, как правило, только эпизод в развитии болезни. Указанные симптомы часто наблюдаются при шизофрении, но в то же время не являются обязательными признаками этого заболевания.

Рассмотрим случай, который мы хотя бы отчасти можем описать с помощью уже известных нам «слов-синдромов» (в кавычках даны собственные выражения больного).

Больной с детства рос капризным, замкнутым, малообщительным, много читал, любил фантазировать, представлять себя в роли героев прочитанных книг. Девятнадцати лет во время аварии был ранен в голову, на короткое время потерял сознание. В дальнейшем стал раздражительным, нередко вступал в конфликты со своим непосредственным начальством... С 25-летнего возраста стал замечать наступление периодов, когда им завладевали мечты о межпланетных путешествиях, о необыкновенных лучах, с помощью которых можно покорить мир.

В это время работал механически, не замечая окружающего, был погружен в свои фантазии. Однажды во время обеда в столовой ему показалось, что повар как-то странно на него посмотрел, и в пище он почувствовал особый привкус. Часа через два появилось ощущение, будто в животе и груди заработала пила, но это «пиление» отдавало не болью, а какой-то сладостью». «Догадался», что это чье-то постороннее воздействие. Немного позже услышал «голос», идущий снаружи, который «рассказал», что существуют «гипнотизеры-реактивисты», они проводят государственной важности исследования, и после «стажировки», если он выдержит испытания, его смогут принять в это общество. Затем последовали «тренировки», когда «затяжные чувства смеха, гнева, страха, тоски» последовательно сменяли друг друга. Появились запахи, исходившие из верхней челюсти и глаз. Несколько позже он понял, что «голоса» читают его мысли.

Вначале больной охотно подвергался исследованиям. Затем заметил, что «гипнотизеры» стали относиться к нему по-хулигански, связные голоса прекратились, остались только крики, вой, свист, ругательства. Больной стал «умственно» просить оставить его в покое, дать ему отдых, так как он совсем измучился. Стал вести среди товарищей агитацию против «гипнотизеров». Вследствие утраты трудоспособности поступил в клинику.

Больной категорически отказывается от лечения, утверждая, что он здоров. Все, что он чувствует, объясняется не болезнью, а «воздействием» на него. Убежден, что не только он, но почти все население находится под влиянием «гипнотизеров» и что по их воле совершается огромное количество преступлений. Больной непрерывно испытывает на себе воздействия «гипнотизеров». Их «голоса» могут звучать в любой части тела, но «чаще в области горла, лица и головы». Иногда «они приходят снаружи». «Голоса» обсуждают самые разнообразные темы, но чаще это «болтовня, лишенная какого-либо смысла».

Больной различает несколько «зрительных воздействий». «Искусственные» изображения могут быть наружные, как бы на экране, и внутренние, «где-то там в сознании», подвижные и неподвижные. Даже вещи под влиянием «гипноза» могут иногда искажаться, казаться больше или меньше, иной раз искажается расстояние до предметов.

Время от времени появляются «незнакомые» за-

пах («дурманные, резкие, пряные») и вкусовые ощущения («странные, маслянистые, сладкие»). Крайне неприятны больному «чувства» и «страсти», «наведенные гипнотизерами». «Чувства» — неприятные ощущения — обычно возникают в любой части тела, на поверхности, в глубине и часто носят «бегающий характер». «Они бывают как присущие организму, так и совершенно ранее незнакомые». Одновременно может возникать несколько «чувств», зачастую противоположных друг другу.

Наиболее мучительно вмешательство «гипнотизеров» в «умственный процесс». Они не только читают его мысли, но и «проводят их дубляж», вкладывая ему «чужие мысли». Иногда «гипнотизеры» направляют «удары» в голову. «Удар» сразу обрывает все мысли, и бывает очень тяжело вспомнить, о чем думал. «Во время затяжного удара в 2—5 секунд становишься полным идиотом, ничего не понимаешь, не реагируешь на окружающее».

Подобные болезненные проявления часты при шизофрении. Многие из них вошли в перечень симптомов, составленный в 1959 году К. Шнейдером. Он назвал их симптомами первого ранга, поскольку считал, что они специфичны для этого заболевания. Это слуховые псевдогаллюцинации («голоса», подслушивающие мысли больного или повторяющие их; два или более «голоса», говорящие о больном в третьем лице; «голоса», комментирующие поведение больного). К симптомам первого ранга относятся также нарушения мышления особого типа, проявляющиеся в «отнятии» или «вкладывании» мыслей посредством спрятанных от больного устройств (радио, телевидение, телепатия, космические лучи и т. п.), а также «громкие» мысли (больной уверен, что его мысли передаются на большие расстояния другим лицам). К их числу относятся также чувствования и поступки, управляемые извне, совершаемые помимо воли и желания больного, и наконец, первичный бред, т. е. странные, абсурдные идеи, возникшие в связи с тривиальными обстоятельствами.

Однако оказалось, что данный перечень симптомов не является, как говорят математики, необходимым и достаточным для постановки диагноза шизофрении.

По результатам международного исследования, проведенного при участии психиатров девяти стран в 1973 году, только у половины обследованных больных шизофренией, находящихся в остром (психотическом) состоя-

нии (всего было обследовано 1208 больных), удается выявить хотя бы один из перечисленных симптомов; в то же время они отмечались у 7% больных, которые болели иными психическими заболеваниями. По данным других исследователей, у больных шизофренией — хроников симптомы первого ранга обнаруживаются в 80% случаев. Таким образом, очевидно, что предложенные К. Шнейдером критерии недостаточно специфичны. В настоящее время продолжается поиск дополнительных критериев для диагностики шизофрении.

При постановке диагноза психиатр учитывает не только наличие и характер нарушений психической деятельности, но и их продолжительность. Американские психиатры ставят диагноз шизофрении только в том случае, если такие, например, симптомы, как бред, галлюцинации, нарушения мышления наблюдались не менее нескольких недель (от 1 до 6 месяцев). Важен также возраст начала заболевания (как правило, заболевают лица, не достигшие 45-летнего возраста), особенности личности больного до начала заболевания, отсутствие грубых (органических) повреждений мозга и многое другое.

Что же такое эти «голоса», докучающие больному? Можно предположить, что они — продукт его собственной психической деятельности, вышедшей из-под контроля его личности.

Человеческое «Я» в нормальном состоянии характеризуется рядом признаков, в том числе активностью, единством, непрерывностью и сознанием, что данные переживания принадлежат именно субъекту, являются его личным достоянием. «Я» больного шизофренией утрачивает одно или несколько указанных свойств, и это переживается больным как изменение личности. Нередко больные говорят, что они стали другими, исчезла граница, отделяющая «Я» больного от других людей или даже неодушевленных предметов. Иногда процесс расщепления психических функций на отдельные, независимые друг от друга функциональные блоки заходит так далеко, что больной говорит уже не о голосах, а о других существах, поселившихся в его теле. Вот как описывает сам больной переживания, обусловленные такой трансформацией.

«В апреле 1986 года у меня образовалась вторая личность — двойник.

Мне было очень тяжело справляться с работой, и я решил поменять место. Но уходить мне было некуда, и я начал играть с самим собой, делая вид, что уйду: подал заявление и т. д. Все свободное время я проводил в размышлениях, куда мне уйти. А где-то подспудно, видимо, сидело единственно возможное решение: не уходить. Вот тогда и появился двойник.

Сейчас я точно не помню последовательность фаз возникновения двойника. Помню, был голос (говорящий моим ртом), призывающий меня остаться на работе. Помню, был еще навязчивый голос, призывающий меня не бояться того, чего я боялся.

Потом появилась вторая личность, а уже не просто голос. Она называла себя «Смыслом».

«Смысл» был прирожденным лидером. Настроение у него было все время повышенное, ум — отточенный, характер — решительный. Каждый вечер по дороге с работы домой он молчал, но когда я приходил и, переодевшись, укладывался отдыхать, он говорил: «Смысл» пришел», — и начинал психотерапевтическую беседу. «Смысл» был моей надеждой на счастливое будущее.

«Смысл» помогал мне во всем. Он давал советы, как вести себя в сложных жизненных ситуациях. Он выводил меня из депрессии (если она наступала) при помощи психотерапевтической беседы. Он заставлял меня всерьез заниматься работой.

Но постепенно депрессия снова начала усиливаться, и, видимо, она поразила и «Смысл». С этого момента я начал называть эту присутствующую во мне личность, уже не такую душевно сильную из-за депрессии, не «Смыслом», а двойником.

Этот двойник был «вредителем». Он тоже давал советы, но не разрешал ими пользоваться. Вдобавок он начал говорить вслух с членами моей семьи и, увидя, что по голосу они не отличают его от меня, сделал это своим обыденным занятием. Он начал меня пугать, разговаривая вслух на улице (чтобы я был похож на сумасшедшего). На мой вопрос, зачем он это делает, он отвечал: «Просто так!» Потом он стал мешать мне отдыхать и спать, крича (без пощады!) неприличные ругательства, если я пытался отдохнуть (я боялся, что ругательства будут услышаны членами моей семьи, и поэтому не отдыхал).

Это продолжалось пять месяцев, а затем я (по сове-

ту врача и чувствуя, что заваливаю работу) лег в больницу.

В больнице я боялся (других больных и уколов), и двойник, тоже напуганный, перестал мне вредить. В больнице двойник предложил мне следующий договор: он будет хозяином тела — то есть будет всюду ходить, все делать, разговаривать, а я буду зрителем (то есть он предложил мне с ним поменяться ролями). Я согласился. Двойник, став из зрителя хозяином, перестал мне вредить. Он успокоился.

Однажды, уже после того, как я выписался из больницы, мне показалось, что я сейчас исчезну и останется только двойник. Я инстинктивно стал пытаться спастись и повел себя так (инстинктивно), как будто я — хозяин тела, а не зритель. С тех пор и по сей день по взаимному соглашению хозяином тела являюсь я.

Двойник — не голос, а личность. Ибо голос только говорит, а личность осознает себя отдельной личностью, разговаривает, чувствует, строит планы, живет, смотрит телевизор, общается с другими людьми, занимается делами, свободно двигается.

В заключение: с самого начала двойник стал называть себя призраком, а меня — обезьяной, что продолжается и по сей день. Это лишний раз свидетельствует о пренебрежительном отношении двойника ко мне и зазнайском отношении к самому себе».

Читатель, наверно, обратил внимание, что бредовое расщепление личности на две конкурирующие персоны сопровождается другим, уже известным нам симптомом — речедвигательными псевдогаллюцинациями (двойник говорит ртом больного); анализируя текст, психиатр указал бы и на ряд иных нарушений, на которых мы не будем останавливаться.

В последние годы под феномен расщепления личности стало возможным подвести определенную анатомическую базу. При изучении пациентов, у которых полушария мозга не могли общаться друг с другом, было обнаружено, что каждому из них может соответствовать определенная личность. Проводя одно из таких исследований, ученые, к своему удивлению, обнаружили, что левополушарная личность пациента хотела стать чертежником, в то время как правополушарная мечтала о карьере автомобильного гонщика.

В этой связи можно предположить, что при шизо-

френии нарушаются так называемые межполушарные взаимоотношения, т. е. взаимодействия между левым и правым полушариями. Не исключено, что нарушения этих взаимодействий играют важную роль и в формировании у индивида нескольких личностей, последовательно сменяющих друг друга (см. главу 6).

Ознакомившись в общих чертах с наиболее яркими проявлениями шизофрении, перейдем теперь к другому ее полюсу и рассмотрим бедную симптомами форму этого заболевания (согласно международной классификации болезней она называется простой). На самом деле эта форма, конечно, совсем не проста, но для того чтобы увидеть ее сложность, надо быть психиатром.

Обращение к ней облегчит читателю понимание существа изменений, вызываемых болезнью в личности пациента, которые в той или иной мере наступают у большинства больных шизофренией. Для наглядности рассмотрим неблагоприятный вариант течения болезни. Это следует особо подчеркнуть, потому что не всегда обусловленное болезнью изменение личности пациента бывает столь значительным, как это показано ниже. Своевременное обращение к психиатру, проведение интенсивной лекарственной терапии порою позволяют ослабить или остановить начавшийся болезненный процесс. Следует также помнить, что эта тяжелая форма встречается нечасто и составляет не более 1—2% от общего числа заболеваний шизофренией.

Простой формой шизофрении заболевают обычно в юношеские годы или в детстве, причем мальчики (юноши) в среднем чаще, чем девочки. Болезнь проявляется преимущественно в снижении активности подростка и нарастающем оскудении его интеллектуальной и эмоциональной жизни. День ото дня он становится все более вялым, замкнутым и отрешенным от жизни. Слабеют свойственные ему эмоциональные проявления, уменьшается любознательность, потребность в общении со сверстниками. С родными устанавливаются безразличные, а порою и холодно-враждебные отношения, могут проявляться отсутствующие ранее черты: эгоизм, грубость, упрямство и раздражительность.

Успеваемость подростка в школе заметно снижается, хотя он, как прежде, посещает занятия и подолгу сидит над домашними заданиями.

Начало заболевания довольно часто проглядывается

родителями. Изменения в поведении подростка они склонны связывать с наступлением трудного возраста. К тому же эти изменения на первых порах не доставляют родителям особых хлопот, в некоторых случаях соглашаясь с общими особенностями характера подростка (молчаливостью и вместе с тем рассеянностью, вялостью эмоциональных проявлений и т. п.).

Эти объяснения имеют под собой определенные основания. Действительно, все ранее перечисленные особенности психики подростка могут оказаться преходящими или отражать особенности его конституции (см. главу 5), т. е. вовсе не быть связанными с заболеванием. Только опытный психиатр сумеет в это время разобраться в истинном характере странностей его поведения.

Развитие болезненного процесса приводит к утяжелению всех ранее перечисленных симптомов. В результате спустя 2—3 года после начала заболевания подросток вообще перестанет учиться, растеряет всех своих приятелей, огрубеет и опустится. Ничто его уже не волнует. Он ничего не хочет от жизни и ни к чему не стремится. Перестав следить за собой, подросток не соблюдает элементарные правила гигиены: месяцами не моется, ложится в ботинках в постель и т. п., проводит все свои дни в молчаливом бездействии или бесцельном и одиноком блуждании по улице. Это бездействие никак не объясняется, порою же подросток ссылагается на усталость, нежелание выделяться из общей массы и прочие нелепые аргументы.

Наблюдая за таким сильно измененным болезнью, бесчувственным и безразличным ко всему на свете пациентом, не знакомый с психиатрией человек невольно подумает, что имеет дело со слабоумным. И с житейской точки зрения, он будет, пожалуй, прав. Однако на самом деле ему довелось столкнуться с совершенно особым типом нарушения психической деятельности, к подробному анализу которого мы сейчас и перейдем.

Нарушения мышления при шизофрении проявляются в том, что этот процесс, как, впрочем, устная и письменная речь больного, утрачивает целенаправленность, последовательность, логичность.

Внешне это может проявляться в склонности к бесплодному рассуждательству, витиеватости и так называемом резонерстве — склонности к общим рассуждениям, неспособности принимать во внимание конкрет-

ные факты и обстоятельства. Порою резонерство проявляется в виде претенциозной риторики, схоластического жонглирования понятиями, склонности к пустому теоретизированию, рассуждению на общие темы или обсуждению вопросов, плодотворный анализ которых доступен лишь профессионалам.

Может измениться и сам характер мышления. В связи с этим больные порой жалуются на внезапную приостановку мыслительного процесса. Субъективно эти приостановки мышления могут переживаться больным так, словно кто-то отнял его мысли.

Порою, обычно в начале заболевания, больной может совершить действия, поражающие своей непонятностью, неадекватностью ситуации. Эти действия — результат внезапно пришедшего в его голову необыкновенного нелепого умозаключения. Часто в этой связи приводится случай, когда больной, находясь высоко на балконе многоэтажного дома, увидел внизу знакомого и позвал его, а так как тот не услышал, то он сбросил с балкона стоявший там велосипед, «чтобы привлечь внимание» знакомого.

Э. Блейлер считал, что мышление больных шизофренией страдает в первую очередь из-за расстройства ассоциаций.

Другие исследователи обращают внимание на то, что мышление больного шизофренией в меньшей степени, чем здорового, зависит от жизненного опыта. Благодаря этому некоторые задачи больной решает даже успешнее здорового. Это преимущество отнюдь не свидетельствует о более высоком творческом потенциале больного, поскольку для творчества необходимо одновременное наличие многих качеств.

В одной из таких задач испытуемому предлагалось, используя ряд предметов, уравновесить весы таким образом, чтобы через некоторое время они сами вышли из состояния равновесия. Среди прочих предметов имела свеча, и решение заключалось в том, чтобы поставить на одну из чашек весов горящую свечу. С этой задачей успешно справились 28% здоровых и 58% больных. На основании этого и аналогичных исследований был сделан вывод, что больные легче, чем здоровые, справляются с задачами, требующими припоминания (актуализации) таких свойств предметов, которые не используются

в обывденной жизни и поэтому не приходят на ум здоровому индивиду.

В настоящее время имеются серьезные основания считать, что данные особенности мышления больных обусловлены генетически и могут быть выявлены еще до начала заболевания. Болезнь лишь обостряет их, придавая дополнительную окраску и колорит. Она доводит их до такой степени, что все мышление больного может утратить связность, стать бессмысленным.

Нарушения мышления больных шизофренией иногда объясняют также пониженной их способностью к образованию образов и абстрактных понятий, правда, с этим согласны не все исследователи. Абстрактные построения больных заумны и символичны и в то же время необычайно конкретны. Очень часто больной не в состоянии уловить переносный смысл пословиц, понимая их буквально. В ответ на вопрос «Что означает выражение «любишь кататься, люби и саночки возить»?» — он скажет: «Здесь сказано, что когда ты катаешься, то санки едут по снегу»... или что-нибудь в этом же роде.

Аналогичной особенностью характеризуется и детское мышление: ребенок 4—5 лет, так же, как и взрослый больной, не способен к логическому расчленению и анализу пословиц. Он мыслит синкретично: ищет связь во всем и, схематизируя целое, понимает через него все конкретное. Вместе с тем для синкретизма характерны непосредственное слияние разнородных элементов мышления и вера в объективную связь конденсированных таким образом элементов. В связи с этим представление о случайности (идея случая) отсутствует в детском мышлении.

Неоднократно мышление больного шизофренией сравнивали с мышлением спящего здорового человека. «Как там, так и здесь, — отмечал в этой связи отечественный психиатр В. А. Гиляровский, — переработка внешних впечатлений дает самые причудливые сочетания и благодаря выключению центральной личности делает возможными явления, противоречащие повседневному опыту и здравому смыслу. Сходство можно увидеть и в том, что у больного шизофренией... окружающее нередко быстро меняется: например, подвергается метаморфозам лицо собеседника, которое сначала меняет свое выражение, потом вдруг превращается в лицо совсем другого человека. Сюда же нужно отнести так называемое сгуще-

ние... когда один образ совмещает в себе сразу несколько самостоятельных образов: например, знакомый больного оказывается одновременно и его дядей и какой-нибудь исторической личностью... Шизофреническому мышлению свойственна в значительной мере и та символика, которой полны сновидения... а также перенесение бредовых идей, возникших в отношении одного человека на другого, с которым они уже не имеют никакой внутренней связи». При этом больной придает тому или иному знаку, рисунку, цвету свой особый смысл, понятный только ему одному; иногда же он усматривает скрытую символику там, где никто другой ее не обнаруживает. Он может, например, накричать на санитарку и объяснить затем свой поступок тем, что у нее грязные руки, имея в виду при этом веснушки, символизирующие, по его мнению, ее внутреннюю грязную сущность.

Некоторые авторы проводили аналогию между мышлением больных шизофренией и первобытным (мифологическим) мышлением. Действительно, логическая нерасчлененность первобытного мышления проявляется, как известно, в неотчетливом разделении субъекта и объекта, предмета и знака, вещи и слова, существа и его имени, вещи и ее атрибутов, единичного и множественного. Конкретные предметы, не теряя своей конкретности, легко становятся знаками других предметов или явлений, т. е. приобретают значение символов, их заменяющих.

Отмеченные особенности мышления часто встречаются у больных в сочетании с бредом. Бредовые идеи больных шизофренией нередко отражают особенности их мышления: они зачастую противоречивы, непоследовательны, нелепы, находятся в грубейшем противоречии с действительностью.

По содержанию это в первую очередь бред воздействия и преследования. Все окружающее больной воспринимает как имеющее к нему определенное — чаще всего враждебное — отношение и вместе с тем особым символическим образом. Больной уверен в существовании таинственных связей между ним и миром, каких-то магических влияний на его психику и тело. Он не более чем автомат, игрушка в руках таинственных, иногда космических сил. Бред преследования не всегда связывается со знакомыми больному людьми, а чаще с какими-то подозрительными, неизвестными лицами, тайными орга-

низациями, внеземными цивилизациями и пр. Бред величия, если он наблюдается, также полон таинственности. Гениальность больного не случайна, а предначертана свыше. При этом больной, работая над важным «открытием», направленным как будто на благо других, никогда не имеет в виду конкретных людей, например своих близких, а всегда человечество в целом.

Интересны случаи, когда больному удается более или менее полностью реализовать свои бредовые идеи благодаря своему исключительному социальному положению. В одной из работ В. А. Гиляровского упоминается в этой связи история заболевания баварского короля Людвига, который в течение ряда лет страдал шизофренией и кончил жизнь самоубийством.

Мучимый бредом преследования и страхась людей, король месяцами жил в одиночестве, не видя ни одного человеческого лица. Пища ему подавалась на столе, который с помощью особого механизма выдвигался из-под пола. Приближенные являлись на прием в масках. Если он посещал придворный театр, там не должно было быть других зрителей. Сам же король располагался в закрытой ложе, так что ни со сцены, ни из зрительного зала он был невиден. Артисты играли пьесу, не зная, есть ли у них хотя бы один зритель. По указанию больного короля был построен уединенный замок. На его свинцовой крыше соорудили озеро. Король плавал по озеру на искусственном лебеде, воображая себя Лоэнгрином. Такие резкие расстройства не мешали, однако, больному в течение ряда лет «успешно» управлять своим королевством.

Нарушения интеллектуальных процессов при шизофрении сложны и неоднозначны. Желая подчеркнуть эту особенность больных, обычно приводят такой пример: больной не в состоянии перемножить два двузначных числа, но тут же извлекает из их произведения кубический корень.

При шизофрении наблюдается и ряд иных нарушений психической деятельности, свидетельствующих о расщеплении психики больного, утрате ее единства. Иногда, например, теряется целостность восприятия и автоматизм этого акта. Чтобы воспринять предмет целиком, больному приходится складывать его из отдельных фрагментов. Встречаются нарушения восприятия яркости, цвета, объема и подвижности предметов. Порою больным приходится совершать сознательные усилия для того, что-

бы воспринять речь собеседника или составлять мысли, поскольку и этот процесс у них также утрачивает спонтанность. Многие внешние воздействия, не достигая сознания больного, вызывают тем не менее импульсивные и непонятные для него самого реакции; иногда они представляют значительную опасность для окружающих.

Другой важнейшей характерной особенностью психики больного шизофренией является утрата контакта с действительностью, погружение в мир внутренних переживаний — аутизм. Аутично не только мышление больного, но и его речь; она перестает служить целям общения, приобретает (при обострении состояния больного) характер монолога.

Термин «аутизм» может пониматься различным образом. В психиатрии он обозначает такое состояние психики, которое характеризуется преобладанием замкнутой внутренней жизни и активным отстранением от внешнего мира. Соответственно и аутистическое мышление одностороннее, оторванное от реальной действительности, оно не корректируется ею и возникает на основе ограниченного круга идей, представлений, ощущений, появившихся в связи с болезнью.

Больной либо перестает различать два рода реальности — объективную и субъективную, либо они имеют для него равную ценность, и в зависимости от состояния то та, то другая реальность выдвигается на первый план. Желая передать состояние больного, мы вынуждены обходиться сравнениями, сопоставляя его душевный мир с миром сновидений. Развитие аутизма приводит к нарушению межличностных отношений: больной уходит в себя, становится молчаливым, избегает контактов с людьми, а если и общается, то формально и холодно.

Что скрывается за оболочкой, посредством которой больной отгораживается от внешнего мира? Это зависит от общего состояния его психики. У одного пациента за нею стоит очень сложный, причудливо измененный болезнью мир. У другого же (с выраженным аффективным уплощением) там уже нет, по словам Э. Кречмера, ничего, кроме... «зияющей душевной пустоты... мертвящего дыхания холодной бездушности».

Исследования последних лет убеждают нас в том, что аутизм может отмечаться задолго до начала заболевания, а иногда уже в первые дни жизни пациента. Тщательный расспрос родителей таких больных нередко вы-

являет, что они еще в младенчестве проявляли поразительное равнодушие к родителям и другим людям.

Психиатры, однако, знают, что во многих случаях аутичное поведение детей (по данным зарубежных авторов, оно отмечается у 5 детей из 10 000) вовсе не является обязательным признаком надвигающегося заболевания шизофренией и сглаживается с годами — факт, о котором не следует забывать родителям, читающим эту книгу. Разобраться в причинах аутичного поведения ребенка может лишь психиатр, специализирующийся на лечении психических нарушений, свойственных детскому возрасту.

Потребность в социальных контактах определяет, в частности, характер игровой активности ребенка. Говорят, что в игре он познает общественный смысл человеческой деятельности и усваивает общезначимые функции предметов. Здоровый ребенок с большой охотой начинает воспроизводить социально значимые стороны деятельности взрослых, в то время как ребенка-аутиста привлекают совсем другие игры. Например, он способен часами выстраивать по росту вертикально поставленные на стол карандаши.

При решении тех или иных задач аутичные дети опираются не на социально значимые (функциональные) свойства предметов и явлений, а на второстепенные их свойства. Группируя различные предметы, аутичный ребенок может объединить, например, в один класс ботинок и карандаш на том основании, что они ходят. Ботинок — по земле, а карандаш — по бумаге или потому, что их чинят. Другой аутичный ребенок нашел у этих предметов даже два общих им свойства. Оба они, заметил он, оставляют следы, и кроме того, «внутри их что-то кладут»: в ботинок — ногу, в карандаш — грифель.

Некоторые безразличные для здорового ребенка раздражители порою вызывают необычайно острые эмоциональные реакции ребенка-аутиста: он может, например, очень сильно отреагировать на шуршание бумаги или привязаться к невзрачной на вид игрушке.

Здоровые дети хорошо понимают условность игры, они различают игру и реальность. Дети-аутисты, как правило, не способны взглянуть на себя со стороны. Они хуже здоровых детей подчиняются правилам игры. В связи с этим дети-аутисты, играя, нередко выходят из принятой ими роли. Назвав себя доктором, такой ребен-

нок может, выслушав больную куклу, бросить ее на пол, ударить ногой и прочее, или внезапно отключиться: начать петь, бегать, разговаривать о другом, рассматривать случайно попавшиеся на глаза предметы.

Играя, здоровые дети, как правило, берут на себя выполнение ролей взрослых, в то время как дети-аутисты чаще изображают неодушевленные предметы (я — шкаф, я — гриб мухомор).

В своих играх они ориентируются не на социальные, а на физические свойства предметов. Характерно их увлечение буквами и цифрами. Так, один мальчик пронумеровал всех членов семьи и называл их не по имени, а по номерам. Эти дети любят читать книги, не доступные их пониманию и даже написанные на не понятном им языке. Они часто сочиняют бессмысленные стихи, вычерчивают схемы вымышленных городов, считают окна в домах, перемножают первые цифры номерных знаков автомобилей на последние. И при всем этом свою деятельность они либо совсем не объясняют, либо дают явно нелепое и заумное объяснение.

Отсутствие потребности в социальных контактах, общении с другими людьми, неспособность к эмпатии (см. главу 1), душевная черствость и эгоистичность часто сочетаются у больных шизофренией с повышенной чувствительностью, ранимостью, что заставляет их отгораживаться от реальности и еще глубже погружаться в мир внутренних переживаний.

Возможно, именно благодаря отсутствию привязанностей к другим людям больные шизофренией часто кончают жизнь самоубийством. Американские психиатры приводят в этой связи такие цифры: от 1 до 10 % больных шизофренией в течение 10 лет после начала заболевания добровольно уходят из жизни.

Не интересуясь душевным миром людей, больной шизофренией не страдает от своей изоляции и не стремится уменьшить непонимание, обусловленное своеобразием его мышления, речи и поведения.

Эти особенности психики больных были наглядно выявлены в специальных исследованиях. Испытуемых просили рассказать, что, по их мнению, происходит между людьми, изображенными на фотографии. Иногда им предлагалось просто описать ситуацию, в других же случаях они должны были догадаться, о чем разговаривают люди на снимке (о содержании предъявляемой экспери-

ментатором фотографии читатель может судить, ориентируясь на ответы здоровых испытуемых).

1) **Здоровый.** Наверно, это сын и мать, у них состоялся неприятный разговор, мать расстроена, сын в чем-то виноват перед ней и тоже расстроен. Видимо, сын собирается уйти, потому что в руках у него шляпа, и вообще он одет для дороги...

Больной. Стена, окно сбоку, пожилая женщина смотрит в окно. Рядом стоит мужчина, лет сорока, в черном пиджаке с галстуком. У окна темная штора, стена обшарпанная... женщина в руках держит платок. Все, пожалуй.

2) **Здоровый.** Говорят о чем-то, что встревожило женщину, а мужчина предлагает ей свою помощь.

Больной. Деловой разговор, основная роль у мужчины, но вообще, может быть и у женщины, потому что у нас равноправие.

3) **Здоровый.** Разговор отца и сына, душевный, веселый, можно судить по выражению улыбающихся лиц, веселым глазам. Тема разговора — успехи сына в чем-то, отец рад и мальчик тоже, хотя сдерживается, внешне не очень показывает.

Больной. Не вижу контакта между ними. Этот что-то видит, а у этого жизненный тонус понижен.

Снижение способности к эмоциональному отклику при шизофрении (часто идущее рука об руку с аутизмом) — еще одна характерная особенность этого заболевания. Она проявляется в утрате такта, тонкости обращения с другими людьми, чувства стыда. Больше всего страдают высшие эмоции — сострадание, альтруизм, способность к эмпатии. Больные опускаются, перестают следить за своим внешним видом или, напротив, начинают одеваться крикливо, претенциозно. Однако и в том и в другом случае бросается в глаза утрата больным эстетического чувства, так что его внешний вид становится вызывающе нелепым. В далеко зашедших случаях эмоциональное обеднение принимает форму аффективной тупости: больной перестает интересоваться своей семьей и работой, он не реагирует даже на события, происходящие вокруг него и с ним самим, — если его не покормить, останется голодным, если не переодеть, не попытается сменить одежду.

Мера эмоционального отчуждения больного шизофренией от мира здоровых может быть проиллюстрирована

на таком примере. Беседуя с больным, совершившим по бредовым мотивам ряд убийств, психолог восклицает: «Что может быть ужаснее этого поступка — убить человека?» На этот, в общем-то, риторический вопрос больной, не задумываясь, хладнокровно ответил: «Убить двоих». Больной ответил верно, но это ответ человека, душа которого лишилась каких-то качеств, свойственных здоровому человеку. Весьма характерно, что тот же больной, совершенно не думая о своем будущем, был очень обеспокоен судьбой кота, который после его ареста лишился хозяина.

Эти изменения аффективной сферы психиатры обозначают термином «аффективное уплощение». Иногда же на общем фоне эмоционального оскудения у больного сохраняются отдельные островки прежних привязанностей к одному из членов семьи или какому-либо роду занятий.

По мере снижения эмоциональности обедняется и мимика, которая, как правило, не соответствует ни ситуации, ни внутреннему состоянию больного (расщепление комплекса эмоционально-мимических реакций) и поэтому воспринимается окружающими как манерная и вычурная. Столь же неестественными могут стать — по мере развития заболевания — поведение больного, его походка, жесты и пр.

Наряду с эмоциональным уплощением больные могут обнаруживать другие аффективные расстройства. Их эмоции утрачивают живость и подвижность: о чем бы вы ни говорили с больным, его эмоциональное состояние остается неизменным. Оно как бы детерминировано изнутри или не находит внешнего выражения. Аффективные проявления у больных поражают отсутствием естественности, в связи с чем очень нелегко бывает проникнуть в душевный мир больного шизофренией, вчувствоваться в него. Отсутствие эмпатического контакта между больным и врачом, утверждал один из психиатров, — это, может быть, самый верный признак заболевания шизофренией, и 59% европейских психиатров (всего было опрошено 1000 врачей) поддержали эту точку зрения.

В значительной мере это обусловлено тем, что весь внутренний мир больного строится не в соответствии с единым и психологически понятным планом, а как бы составлен из ряда противоречащих друг другу фрагмен-

тов. «Каждый центральный симптом шизофрении,— писал по этому поводу выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский,— имеет контрсимптом — свой негативный двойник, свою противоположность... Мы не можем поэтому сказать о больном, что он эмоционально туп, потому что он одновременно и необычайно чувствителен. Мышление больного конкретно (он не понимает переносного смысла пословиц), и вместе с тем именно больные шизофренией все понимают символически, иносказательно и в огромных количествах продуцируют оторванные от жизни абстрактные схоластические системы».

Довольно часто наблюдаемые при шизофрении депрессивные и маниакальные состояния носят на себе отпечаток шизофренического процесса: доминирующее настроение не согласуется с общим психологическим состоянием больного. «Находясь в остром (психотическом) состоянии,— отмечает Э. Блейлер,— больные по каким-то внутренним побуждениям плачут, стонут, радуются, бранятся — одно за другим — и неизвестно почему. Получается впечатление, как будто актер хочет показать весь свой аффективный репертуар в том порядке, как бог на душу положит».

Здесь мы, видимо, вновь сталкиваемся со случаем расщепления: отдельные блоки психических процессов выходят из-под контроля личности и начинают функционировать самостоятельно, помимо воли больного. Когда это происходит в сфере мышления, больной констатирует появление в его сознании «чужих» мыслей. Эта «самостоятельность» может проявляться и в форме стереотипий — двигательных и речевых — склонности к непрерывному повторению одних и тех же действий, слов, фраз, часто совершенно бессмысленных. Некоторые больные принимают причудливые позы, стремятся занять в помещении одно и то же место или гулять по определенному маршруту. Все эти действия не намеренны, сам больной не может объяснить совершаемых им поступков.

Расщепления аффективной сферы (неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций) нередко принимают форму амбивалентности. Известен пример, приведенный в этой связи Э. Блейлером: больная убила своего ребенка — она любила его, так как это был ее ребенок, и одновременно ненавидела, как ненавидела его

отца. После этого она неделями находилась в таком состоянии, что глазами она в отчаянии плакала, а ртом — смеялась.

Эти одновременные смех и плач свидетельствуют о том, что в психике больного могут сосуществовать противоречивые установки, тенденции, стремления, которые, вообще говоря, исключают друг друга. Любовь и ненависть к одному и тому же лицу у больного шизофренией могут быть одинаково сильными и неукротимыми. Контрастные, несовместимые друг с другом представления и понятия сливаются в его сознании в один образ. Больному в одно и то же время хочется выйти из палаты и не выходить из нее, подать руку врачу и не подавать ее. Больной с одинаковым успехом будет исполнять то, что он хочет сделать, и то, что ему вовсе не хотелось бы.

Близок к амбивалентности и другой характерный для шизофрении симптом — негативизм, когда больной словно бы нарочно противится просьбам врача. В иных случаях именно негативизм (при сохранности всех иных сторон психической деятельности больного) делает невозможным его пребывание вне стен больницы. Иногда лучший способ принудить такого больного сделать что-нибудь состоит в том, чтобы предложить ему совершить прямо противоположный поступок.

Хотя аутизм и эмоциональное уплощение нередко идут рука об руку, эту тенденцию не следует понимать как строгую закономерность. У некоторых больных эмоциональное уплощение может проявляться в том, что они без тени стыда обсуждают с врачом самые интимные стороны своей жизни.

Следующей характерной особенностью больных шизофренией является снижение их психической активности. Степень или выраженность этого снижения зависит от формы заболевания, длительности болезни и пр.

Психическая активность — комплексное понятие, с трудом поддающееся разложению на отдельные психологические компоненты. Внешне она проявляется в спонтанности, инициативности, т. е. способности начинать действия без внешних побуждений. Все же, видимо, можно говорить о качественной и количественной сторонах психической активности.

В качественном отношении активность определяется внутренними факторами, побуждающими личность к

действию, отражает меру ее способности к целеполаганию. Количественно же она может быть охарактеризована тем, в какой мере данный индивид способен к сознательному преодолению внешних и внутренних преград (в том числе собственной лени).

Не вызывает сомнения, что при шизофрении страдает как качественная, так и количественная сторона психической активности. Вместе с тем больной порою не только не стремится к успеху, но и утрачивает способность поступать в соответствии со сложившейся обстановкой; его поведение лишено гибкости, становится, как говорят психиатры, ригидным. Любое отклонение от выработанной схемы поведения встречается больным в штыки и вместе с тем выявляет его беспомощность, неумение, перестроившись, справиться с простейшими жизненными проблемами.

Ригидность может сопутствовать снижению психической активности, но может выступать в качестве независимой характеристики психики больного.

Снижение спонтанности заметно сказывается на внешнем виде и поведении больного, проявляясь, в частности, в бедности жестов и мимики; из речи больного исчезают интонационные компоненты («деревянный голос»). На этом фоне с особой отчетливостью проступают нарушения единства внутреннего эмоционального состояния больного и внешних его проявлений, их несоответствие друг другу, что делает поведение больного странным и парадоксальным.

Хотя психиатры располагают многочисленными описаниями больных шизофренией, по-прежнему остается неизвестным, что же, собственно, лежит в ее основе, каковы те первичные нарушения, которые обуславливают ее возникновение.

Специалисты различного профиля подходят к поиску этих причин различным образом. Существо этих различий поясним следующим примером.

Вы пришли к приятелю-автомеханику с обширным перечнем различного рода неполадок в своем автомобиле: он стал плохо заводиться, потребляет много бензина и прочее, прочее. Вы спрашиваете приятеля, что же на самом деле скрывается за всеми этими симптомами. Вам кажется, что разнообразие наблюдаемых нарушений может быть обусловлено какой-то одной, может быть даже легко устранимой, неисправностью. Приблизительно та-

ким же образом рассуждают и некоторые психологи, изучающие больных шизофренией. Они полагают, что выявляемые врачами симптомы обусловлены нарушениями каких-то относительно простых психических процессов или соотношений между ними, и активно разрабатывают различные способы выявления этих нарушений.

Но ведь может случиться и так, что приятель в ответ на ваши жалобы скажет, что все неполадки обусловлены сильным механическим износом движущихся деталей автомобиля. Очевидно, что в этом случае простая и единая с физической точки зрения причина окажется делокализованной в пространстве и будет проявляться на функциональном уровне самым разнообразным образом. Приблизительно такой точки зрения придерживаются биологи. По их мнению, при шизофрении нарушается работа определенной группы нервных клеток, которые рассеяны по различным структурам мозга и обеспечивают не какой-либо один, а многие психические процессы. Разнообразие клинических проявлений заболевания обусловлено, по мнению биологов, не сложным характером первичных нарушений, а сложностью самого мозга. Аргументы в пользу этой точки зрения были рассмотрены в главе 3.

Наконец, третья группа исследователей считает, что элементарные психические процессы при шизофрении вообще, видимо, не нарушены. Они обращают внимание на тот факт, что личность человека формируется в длительном процессе роста и развития, под определяющим влиянием социальной среды, воспитания, внутрисемейных отношений. Именно такие воздействия, суммируясь с наследственной предрасположенностью к шизофрении, приводят, по мнению этих исследователей, к развитию заболевания. Это, как мы видим, в значительной мере психологическое объяснение механизмов развития шизофрении, по существу, содержит отрицание качественных различий между психикой здорового и больного человека.

В защиту каждой из этих точек зрения в настоящее время может быть приведено большое число аргументов. Очевидно, нужно время, чтобы доработать каждую из них и прийти к их синтезу.

При обсуждении этой проблемы биологи всячески подчеркивают значение наследственного предрасположения к заболеванию шизофренией. Некоторые из них счи-

тают, что в основе данного предрасположения лежит неполноценность дофаминовых рецепторов. Для обоснования своей позиции ими обычно приводится две группы фактов.

Прежде всего вспоминают об амфетаминовых психозах. Амфетамин при определенных условиях (см. главу 3) может вызывать психические нарушения, клинически с трудом отличимые от шизофрении. При этом активируется дофаминовая система: амфетамин облегчает выделение дофамина в синаптическую щель и препятствует его удалению оттуда. Дальнейшие исследования показали, что введение больным шизофренией «терапевтической» дозы амфетамина обостряет их болезненное состояние; замечательно, что больные не могли отличить такой экспериментально вызванный психоз от естественного, не так давно пережитого ими.

Аргументы другого рода были получены при изучении больных шизофренией в условиях клиники. Было обнаружено, что при передозировке лекарственных препаратов (а более конкретно нейролептиков) у больных порою возникает комплекс симптомов, свидетельствующих о чрезмерном подавлении дофамина. Это позволило психиатрам предположить, что терапевтический эффект нейролептиков обусловлен умеренным торможением обмена этого медиатора.

Это предположение было в дальнейшем подтверждено и конкретизировано. Оказалось, что нейролептики конкурируют с дофамином за постсинаптические рецепторы. Чтобы окончательно убедиться в справедливости выдвинутой гипотезы, были синтезированы два изомера лекарственного препарата флуфентиксола, которые затем использовали для целей терапии. При этом стало очевидным, что антипсихотической активностью обладает только альфа-флуфентиксол, т. е. изомер, блокирующий дофаминовые рецепторы. В дальнейшем было показано, что антипсихотическая активность нейролептиков прямо пропорциональна их способности конкурировать с дофамином за соответствующие рецепторы.

В настоящее время ученые ищут ответ на вопрос, какие конкретно дофаминовые нейроны активированы сверх меры при шизофрении. Дело усложняется тем, что свойства дофаминовых рецепторов, расположенных в разных отделах мозга, неодинаковы.

Некоторые ученые пытались ответить на этот вопрос,

исследуя мозг больных шизофренией, не доживших до старости и погибших от инфаркта, травмы или иных причин. Им удалось обнаружить, что плотность дофаминовых рецепторов в определенных отделах мозга больных значительно повышена. Следовательно, чувствительность всей дофаминовой системы мозга больных в целом должна быть выше, чем у здоровых.

Данное весьма многообещающее направление исследований иногда подвергается критике со стороны психиатров, которые обращают внимание на тот факт, что психотропные препараты высокоэффективны лишь в отношении психотических проявлений заболевания (галлюцинаций, бреда), но не способны восстановить измененную болезнью личность больного. В связи с этим они полагают, что наблюдаемые при шизофрении изменения личности обусловлены необратимыми по своему характеру структурными перестройками мозга больных.

Исследователи отмечают еще один факт, необъяснимый с точки зрения дофаминовой гипотезы шизофрении. Дело в том, что блокада дофаминовых рецепторов происходит почти тотчас же после введения в организм больного препарата, в то время как терапевтический эффект проявляется только спустя семь и более дней после начала лечения. Очевидно, терапевтический эффект обусловлен не блокадой рецепторов, а какими-то процессами, которые возникают в ткани мозга в ответ на эту блокаду.

В последние годы крепнет убеждение в том, что симптомы, выявляемые у больного шизофренией во время приступа, — это лишь отражение защитной реакции мозга больного на медленно тлеющий в глубинах его ткани болезненный процесс, приводящий к ее повреждению. В пользу этой точки зрения свидетельствует увеличение объема желудочков мозга, выявляемое у части больных шизофренией.

С этим мнением, однако, согласны не все психиатры. Некоторые из них утверждают, что наблюдаемое у больных увеличение объема желудочков могло возникнуть еще до начала заболевания и свидетельствует поэтому не о болезни, а скорее, о процессах, подготавливающих мозг пациента к заболеванию шизофренией.

В заключение этой главы обсудим наиболее вероятные механизмы действия препаратов, относящихся к числу антидепрессантов и транквилизаторов; они широко используются в практике психиатров.

Начнем, однако, с рассказа об открытии, все значение которого, видимо, еще не до конца осознано современной наукой. Речь идет об обнаружении опиатных рецепторов — рецепторов к морфину — соединению, получаемому из опиума, а вслед за ними — так называемых лигандов опиатных рецепторов, т. е. соединений, образующихся в организме человека и способных связываться с этими рецепторами.

Пытаясь понять механизм действия опиатов, ученые приготовили препарат морфина, содержащий метку, т. е. радиоактивные атомы. Введя этот препарат в организм лабораторного животного, они прослеживали его дальнейшую судьбу. С этой целью последовательно рассортировывали ткань мозга на все более мелкие порции (фракции) и смотрели, в какой из этих фракций будет накапливаться метка.

Эти исследования привели ученых к совершенно неожиданному заключению. Оказалось, что поверхность клеточной мембраны нейронов содержит рецепторы к морфину, т. е. белковые комплексы, избирательно связывающие морфин и сообщающие об этом событии нервной клетке. Поскольку морфин отсутствует в организме экспериментальных животных (это вещество растительного происхождения), перед учеными встал вопрос: зачем нужны рецепторы к соединению, которое в нормальных условиях в организме не образуется и не содержится?

Наиболее смелые из них предположили существование в организме человека каких-то неизвестных веществ, молекулы которых, хотя, может быть, и не похожи в химическом отношении на морфин, но близки к нему по своей форме и поэтому так же хорошо, как морфин, связываются опиатными рецепторами. Это предположение вскоре полностью подтвердилось. Оказалось, однако, что организм содержит не одно опиатоподобное соединение, а несколько классов таких соединений.

Что же делают в организме эти соединения? Не служат ли они, подобно серотонину, дофамину и другим медиаторам, для переноса информации между нервными клетками? Это предположение оказалось справедливым. Однако довольно скоро стало ясно, что эндогенные опиаты передают информацию между нервными клетками иначе, чем это делают медиаторы. Они выполняют в мозге ранее не известную ученым функцию, являются модуляторами нейрональной активности. Дело в том, что от-

вет нейрона даже на стандартную порцию медиатора зависит от того, как много молекул модулятора связано им в этот момент. Если этих молекул, к примеру, много, ответ нейрона будет слабым. Нейрон, таким образом, похож на радиоприемник, громкость звука которого зависит от силы принимаемого сигнала и вместе с тем положения регулятора громкости.

Эти открытия последних лет значительно изменили наши представления об основных принципах работы нейрона (и всего мозга в целом). Оказалось, что мозг устроен значительно сложнее, чем думали ученые всего десяти — пятнадцать лет назад.

Ну а все-таки, что делают в организме эндогенные опиаты, может спросить читатель. Да то же самое, что морфин: обезболивают, создают хорошее настроение, модулируют многие другие функции организма. Активность некоторых эндогенных опиатов во много десятков раз превосходит активность морфина. Вводить их, правда, приходится непосредственно в мозг, поскольку эти соединения не могут перебраться из кровяного русла в мозг — пересечь барьер, отделяющий мозг от периферии. При злоупотреблении ими, так же, как к морфину, к ним возникает привыкание, а затем зависимость (неспособность обходиться без них).

Сегодня ученые пытаются, взяв за основу строение эндогенных опиатов, сконструировать молекулы, легко проникающие в мозг и обладающие только полезными для человека свойствами.

Наряду с рецепторами к морфину ученые обнаружили в мозге рецепторы к другим лекарственным препаратам, используемым в психиатрии. Они нашли рецепторы, энергично связывающие молекулы антидепрессантов и транквилизаторов (веществ, оказывающих успокаивающее действие на центральную нервную систему).

Транквилизаторы ведут себя подобно морфину, т. е. являются модуляторами нейрональной передачи сигналов. Однако в отличие от морфина они активируют те нейроны, которые в обычных условиях оказывают тормозящее (успокаивающее) действие на работу мозга. Таким образом, чем больше молекул транквилизатора свяжут рецепторы этих нейронов, тем сильнее будет выражено вызванное ими успокаивающее действие.

Механизм действия антидепрессантов оказался более сложным. Связываясь с рецепторами нейрона, они непо-

средственно не влияют на активность нервной клетки, но изменяют ряд процессов, от которых в конечном счете эта активность зависит. Каждый нейрон, послав соседю порцию медиатора, тотчас же начинает отсасывать молекулы этого соединения из синаптической щели. Благодаря этому процессу нейрону удастся реутилизировать около 70% отработанного, т. е. успешного связаться с рецепторами соседнего нейрона, медиатора, что делает работу нейрона более экономичной. Антидепрессанты связываются с рецепторами, которые расположены возле помпы, закачивающей медиатор — серотонин — внутрь нейрона. Связывание молекул антидепрессанта притормаживает работу помп. В результате этого (и еще ряда процессов, на которых мы не будем останавливаться) активность определенных нейронов начинает медленно изменяться, причем таким образом, что больной избавляется от депрессии.

«Позвольте,— может сказать читатель,— но ведь антидепрессанты и транквилизаторы тоже в обычных условиях не содержатся в организме человека. А это значит...» Совершенно верно! Это значит, что скорее всего в организме человека присутствуют какие-то соединения, выполняющие функцию естественных (эндогенных) антидепрессантов и транквилизаторов.

Психиатры всего мира возлагают большие надежды на биологов, занятых сегодня поисками этих невидимок. Узнав их строение, можно будет, во-первых, лучше понять молекулярные механизмы психических заболеваний, а во-вторых, попытаться использовать их (или вещества, подобные им) для лечения нарушений психической деятельности.

Опубликованы уже первые сообщения об успешном выделении эндогенных соединений, легко связывающихся с лекарственными рецепторами, в частности с рецепторами, взаимодействующими с транквилизаторами. Возможно, это и есть эндогенные транквилизаторы. Если эти сообщения подтвердятся, то станет очевидным, что смысл проводимой врачом терапии (при лечении больного транквилизаторами) состоит просто в компенсации недостаточного количества этих веществ в организме больного.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Как внешнее становится внутренним? Врожденные и приобретенные ошибки развития. Психопатии и преступления.

5

Аффективные психозы (в том числе мягкие их проявления — циклотимии) и шизофрения — это заболевания с выраженным наследственным предрасположением. Однако в ряде случаев потомству передается не предрасположение к заболеванию, а тенденция к аномальному развитию личности. Вследствие этого в процессе индивидуального развития формируются

лица со странным характером и поведением. Эти, по образному выражению Р. Ф. Краффт-Эбинга, «загадочные существа, большей частью уже с раннего детства и чувствующие, и мыслящие, и поступающие иначе, чем другие», не умеют безболезненно для себя и других приспособляться к окружающей социальной среде. Присущие им свойства могут, конечно, на протяжении жизни видоизменяться в том или ином направлении, но обычно они не только тотальны, но и необратимы, сохраняются неизменными на протяжении всей жизни.

Речь здесь идет, таким образом, не о возникшей в тот или иной момент жизни индивида болезни (болезненном процессе), а об аномальной психической организации личности, или, говоря короче, **психопатии**. Для обозначения такого рода аномалий широко применяется также выражение «расстройства личности».

Поскольку данные аномалии тотальны, пронизывают собою всю личность, они не воспринимаются ею как что-то неправильное или болезненное (в отличие от больных, страдающих неврозом, который мы рассмотрим в следующей главе).

Построение личности завершается к 18—20-летнему возрасту. Поэтому, для того чтобы понять механизмы формирования психопатий, необходимо хотя бы в общих

чертах рассмотреть общие закономерности развития мозга и (психики) человека.

Сделать это тем более необходимо, что психопатии представляют собой, как мы убедимся чуть позже, группу достаточно разнородную и не только по своим проявлениям, но и в отношении процессов, приводящих к их формированию.

Мозг довольно часто сравнивают с компьютером. Действительно, в ряде случаев такое сравнение можно считать оправданным. Оно, однако, становится весьма сомнительным, когда мы переходим к изучению процессов развития этого органа.

Развитие компьютера, после того как он появился на свет, состоит в усвоении вводимых в него программ и данных, которые затем и обрабатываются им в соответствии с этими программами. Оно — и это главное — не сопровождается перестройкой внутренней структуры компьютера. Поэтому любая введенная в компьютер информация (все равно — в форме программ или данных) может быть в любой момент бесследно стерта из его памяти. Совершенно иным образом обстоит дело с развивающимся мозгом. Для того чтобы разобраться в существе происходящих при этом процессов, обратимся за помощью к биологам.

Проведенные ими исследования показали, что мозг крысы, выросшей в условиях полной изоляции от внешнего мира, отличается поразительно примитивной организацией: он беден нейронами, а связи между этими клетками развиты слабо. Эти и другие аналогичные наблюдения позволили сделать вывод, что усвоенные мозгом программы не просто записываются где-то в памяти животного, но участвуют в формировании структур его мозга, откristаллизовываются в виде соответствующих мозговых схем. Более того, если по тем или иным причинам такая кристаллизация на определенном этапе развития не произошла, то позднее мозг уже не сможет ее осуществить даже при наличии подходящих условий. Наглядным примером тому являются дети, чье развитие проходило в условиях, исключающих контакты с другими людьми (синдром Маугли). Многие птицы способны к разучиванию песенок только в начальный период жизни. Для того, например, чтобы зяблик-самец научился своей песне, он должен услышать ее в течение первых трех месяцев жизни. Показательны так-

же исследования, проведенные на котятках. Сразу после рождения им закрывали глаза светонепроницаемыми экранами, которые снимали спустя две-три недели. Эти котятки так никогда и не научились воспринимать пространство.

Кристаллизация усвоенных мозгом программ представляет собой, как правило, достаточно длительный процесс, хотя у животных известен и процесс мгновенного запечатлевания информации в ранние периоды их индивидуального развития, так называемый импринтинг. Можно сказать, что усвоение этих программ идет в соответствии с известной поговоркой: «От поступка к привычке, от привычки к характеру». С наибольшей легкостью это происходит в период развития самого мозга, т. е. в детские и юношеские годы.

Из приведенных примеров очевидно, что нейробиологическая (и соответственно психическая) организация каждого взрослого человека представляет собой сплав всех предшествующих внешних влияний и рецептов, хранящихся в его генотипе. Развивающийся мозг постепенно ассимилирует (воспользуемся термином, предложенным Ж. Пиаже) внешние условия, изменяясь под их воздействием.

В процессе этой ассимиляции мозг ребенка (и его психика) проходит ряд четко очерченных этапов или стадий. Переход от одного уровня функционирования к следующему, более высокому, происходит таким образом, что новые формы не вытесняют предыдущие, а преобразуют и подчиняют их. Наиболее подробно этот процесс был изучен Ж. Пиаже применительно к интеллектуальной деятельности ребенка.

Своевременное и полноценное развитие каждого из уровней психики и ее гармоническое развитие в целом возможны лишь при наличии соответствующего окружения (материального и социального), жадно впитываемого развивающимся мозгом. Поняв это, мы, как само собой разумеющееся, воспримем слова канадского психофизиолога Хебба, который, обсуждая проблему врожденного (внутреннего) и приобретенного (внешнего), указывал, что пытаться определить относительный вклад генов и факторов среды применительно к конкретному человеку столь же бессмысленно, как задаваться вопросом, зависит ли площадь данного прямоугольника в большей степени от его длины или ширины. Оба эти фактора

вливают на все 100%: фенотип не может сформироваться как без генетической программы, так и без воздействия необходимых факторов внешней среды. Благодаря тому, отмечал Р. Эшби, что «набор генов и окружающая среда вместе участвуют в формировании взрослого организма и, следовательно, количество проектирования, идущего от набора генов, дополняется проектированием, идущим (в качестве разнообразия и информации) от окружающей среды... взрослый организм в конечном счете обнаруживает большую способность регулирования, чем та, которая могла бы определяться одним набором генов».

Целесообразность такого конструктивного решения природы очевидна. Когда изменения внешней среды происходят неоднократно на протяжении жизни одного организма, он в процессе эволюции вырабатывает такой механизм адаптации (мозг), структура и функции которого лишь в общих чертах контролируются генотипом, а в деталях определяются теми конкретными обстоятельствами, с которыми ему приходится иметь дело в своей жизни.

Оценить относительный вклад генетических и средовых факторов все же оказывается возможным. Для этого, однако, необходимо изучать достаточно большие группы людей. В ходе таких исследований обнаружилось крайне интересное обстоятельство: отдельные этажи психики человека в неодинаковой степени определяются его генотипом. Так, например, темперамент человека в значительно большей степени, чем его характер, определяется наследственными факторами, а характер, в свою очередь, находится под более строгим генетическим контролем, чем те или иные особенности его личности. Иными словами, чем выше этаж, тем большее значение приобретает влияние уже не биологических, а социальных факторов.

Очередной новообразованный этаж использует все предыдущие в качестве своеобразного фундамента. Вследствие этого ошибки, допущенные при закладке здания или строительстве самых первых его этажей, как правило, уже неисправимы, могут серьезно исказить весь его внутренний и внешний облик и сделать малоприспособленным для жизни.

Предположим теперь, что в программы, контролирующие развитие мозга ребенка (т. е. в гены, доставшиеся

ему от родителей), вкрались определенные ошибки. В этом случае еще в процессе внутриутробного развития ряд мозговых структур и функций либо вообще не формируется, либо развивается не полностью и дисгармонично.

Очень грубые ошибки проявятся в недоразвитии мозга в целом и, как следствие этого, тяжелой умственной отсталости ребенка. Для нас, однако, особый интерес представляют ошибки другого рода, не приводящие к заметным морфологическим и функциональным нарушениям. Их существование подтверждается многолетней практикой психиатров. При наличии определенного комплекса наследственных нарушений не могут сформироваться полноценные структуры и функции мозга, необходимые для гармонического развития личности. Недоразвитие и уродливое, дисгармоническое развитие глубоких этажей психики сказывается на всей структуре личности, общем ее недоразвитии и аномальном строении. Вместе с тем такого рода ошибки, как показали исследования психиатров, могут почти не повлиять на ее интеллект. Людей с такого рода тотальными и неустраняемыми аномалиями психической организации психиатры называют психопатическими личностями. Особенно бросается в глаза дисгармония их эмоционально-волевой сферы и своеобразный, преимущественно аффективный стиль мышления. Детальное же их изучение всегда выявляет общую (тотальную) дисгармонию психопатической личности.

Об этих людях нельзя сказать, что они больны, хотя психическая аномалия (как, впрочем, и аномалии физического развития) снижает способность индивида справляться с жизненными трудностями, мешает ему приспособиться к окружающей среде, жить в ладу с самим собой и обществом. Для того чтобы подчеркнуть характерное для них отсутствие гибкости, суженный диапазон доступных для них реакций на возникающие в жизни затруднения, отечественный психиатр Е. К. Краснушкин прибегал к следующему сравнению: «Люди с врожденным компенсированным пороком сердца,— писал он,— не чувствуют себя вовсе больными, не считают их таковыми и другие. Но иногда небольшое физическое напряжение, которое легко выносят люди со здоровым сердцем, вызывает расстройство компенсации сердечной деятельности в форме отеков ног, тела, лица, затрудне-

ния дыхания и т. д., делает их больными». Подобным образом и психопаты при неблагоприятных обстоятельствах, т. е. воздействиях, превосходящих порог адаптивных возможностей их психики (а он у них значительно снижен), теряют душевное равновесие и отвечают на них болезненным образом. Это состояние психиатры называют декомпенсацией. Она может быть столь значительна, что возникает необходимость обращения за помощью к врачу-психиатру.

Это сравнение, конечно, не следует понимать слишком буквально. На самом деле психопатическая личность не может не проявлять себя в любых поступках, какими бы обычными и тривиальными они ни были. Вместе с тем это сравнение подчеркивает относительно невысокий «запас прочности», свойственный психопатическим личностям, их сниженную способность сопротивляться определенным стрессорным воздействиям.

При изучении некоторых психопатических личностей бросается в глаза наряду с общей дисгармоничностью организации, низким порогом адаптивных возможностей психики их недоразвитие или детскость (инфантильность). Это может проявляться в наивности и прямодушной восторженности, эгоизме и эгоцентризме, изменчивости настроения (под влиянием случайных и мимолетных впечатлений), склонности к фантазированию, подчиняемости и повышенной внушаемости, беззаботности, неустойчивости интересов, отвлекаемости, обидчивости, впечатлительности, робости и застенчивости, нескритичности мышления.

Перечень инфантильных черт можно без труда продолжить и далее. Несколько позже мы увидим, что для каждого типа психопатий характерен определенный набор нарушений из общего перечня.

Для того чтобы ответить на вопрос, в какой мере развитие психопатий определяется генетическими факторами, обратимся к результатам международных близнецовых исследований. Они показали, что конкордантность однояйцовых близнецов по психопатии составляет 33%, в то время как двухъяйцовых — только 6%.

Таким образом, мы вправе сделать вывод о важной роли наследственных факторов в возникновении этих аномалий личности. Это заключение было подтверждено и при изучении приемных детей, хотя при этом вновь выявилась (как и в случае шизофрении) важная роль

условий, в которых протекает развитие ребенка: воспитание детей в здоровых семьях приводило к снижению конкордантности в группе однойяйцовых близнецов, хотя наблюдаемые значения были все же выше, чем в группе двухъяйцовых близнецов.

Возвращаясь к уже рассмотренному примеру Хебба, нетрудно заметить, что одна и та же площадь получается при различном соотношении длины и ширины прямоугольника. Аналогичным образом неблагоприятные внешние воздействия, пришедшиеся на период внутриутробного развития плода, могут в определенной мере замещать вклад, вносимый «плохими» генами. Надо лишь, чтобы общий неблагоприятный эффект наследственных факторов и различных «вредностей» был достаточно велик. В частности, на развитие мозга плода может повлиять интоксикация, вызванная заболеванием матери, алкоголь, наркотики, различные лекарственные препараты и многое другое.

Обнаруживая у ребенка вскоре после его появления на свет те или иные особенности психической организации, психиатр, как правило, не знает, что именно — наследственные факторы или неблагоприятное воздействие внешней среды — вызвало к жизни эти особенности. Однако он понимает, что к данному моменту времени они стали внутренними для организма ребенка.

Совокупность относительно устойчивых свойств человека (в том числе свойств психики), обусловленных не только наследственностью, но также влиянием среды в период внутриутробного развития и в начальный послеродовой период, психиатры обозначают термином «конституция».

Психопатии, первые признаки которых начинают проявляться в раннем детстве, психиатры называют конституциональными (некоторые психиатры проводят еще более тонкое подразделение, но мы не станем вникать в эти детали).

Очевидно, что психопатия, проявляющаяся в общей дисгармоничности личности, не может сложиться ранее, чем сформируется сама личность. Этот процесс завершается только к 19—20 годам. Поэтому говорят, что конституционная предрасположенность к психопатии проявляется в детские и юношеские годы преимущественно в виде аномалий характера и соответственно при различного рода неправильном поведении. Проблема трудных

детей, нарушений поведения в детском и юношеском возрасте — большая самостоятельная тема, требующая особого рассмотрения, на которой мы здесь не имеем возможности останавливаться.

Личность развивается на базе той или иной психической конституции, но не тождественна ей. Она формируется в процессе социального общения. Принимается, что те или иные черты личности обусловлены ее внутренней работой по анализу и проектированию собственного поведения. Т. Шибутани считает возможным определить личность через характерные для нее формы общественной деятельности. «Даже о Буратино,— замечает он,— люди говорят как о личности, ибо любой знакомый с шалостями этой деревянной куклы может легко понять типичный набор ее интересов и шаблонов поведения. Когда говорят, что человек сегодня «сам не свой» или «вышел из себя», никто не подразумевает при этом, что он приобрел новое тело, предполагается лишь, что он действует не так, как это для него типично».

Вместе с тем конституциональные и личностные свойства не разделены друг от друга непроницаемыми перегородками, но постоянно влияют и обуславливают друг друга: сильная личность может укротить свой пылкий темперамент, но не надо забывать, что эта сила, в свою очередь, выросла не на пустом месте.

Структура личности во многом определяет, какие внешние воздействия окажутся для нее нестерпимыми, а на какие она даже не обратит внимания: мы реагируем в основном не на физическую сторону стимула, а на то значение, которое мы приписываем ему.

При тщательном изучении вполне здоровых в психическом отношении людей у них нередко удается выявить те или иные отклонения в эмоционально-волевой сфере от некоторой воображаемой нормы, трафаретного образца. В отличие от психопатии речь здесь идет не о тотальном изменении личности, а о гипертрофии (акцентуации) отдельных личностных черт. Такие люди, по мнению Е. А. Личко, избирательно уязвимы в отношении каких-то определенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим. «Подростки с явными акцентуациями характера,— указывает этот автор,— составляют группу повышенного риска — они податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам». В то же время к концу под-

росткового периода акцентуации характера нередко сглаживаются или компенсируются в такой степени, что выявляются лишь в каких-то особых жизненных обстоятельствах.

Формирование психопатии облегчается в том случае, когда факторы, действующие в раннем детстве, в определенном смысле соответствуют уже наметившейся акцентуации характера ребенка, т. е. неблагоприятные внешние воздействия приходятся на наиболее слабые места его психики. Сама же эта акцентуация может быть обусловлена конституциональными особенностями ребенка: неблагоприятной наследственностью, нарушением процессов внутриутробного развития мозга плода.

Такие психопатии в отличие от конституциональных психиатры называют **приобретенными**, или **нажитыми**.

Далеко не все дети с акцентуациями характера становятся психопатами. Действительно, при обследовании, например, 300 подростков, госпитализированных в связи с психопатическими нарушениями, у которых, следовательно, эти нарушения были достаточно выражены, было установлено, что только 10% из них может быть поставлен диагноз психопатии, сформировавшейся под влиянием неправильного воспитания и иных неблагоприятных внешних (в первую очередь социальных) воздействий. Все же остальные случаи представляли собой всего лишь временную дезадаптацию, т. е. болезненную реакцию подростков с определенными акцентуациями характера на неблагоприятную ситуацию.

А. Е. Личко указывает на следующие типы неправильного воспитания подростков: доминирующую гиперпротекцию (мелочная опека, контроль за каждым шагом), потворствующую гиперпротекцию (воспитание по типу кумира семьи), эмоциональное отвержение (ребенок постоянно ощущает, что он — обуза, что без него родителям было бы лучше), условия жестоких взаимоотношений (душевное безразличие, эгоизм членов семьи, где каждый может рассчитывать только на себя), повышенную моральную ответственность (чрезмерные надежды, возлагаемые на ребенка, причем подросток чувствует, что от него ждут слишком много), противоречивое воспитание (когда отдельные члены семьи применяют несовместимые методы воспитания), воспитание вне семьи (детдом, интернат).

Родителям важно знать, что под влиянием среды может происходить постепенное сглаживание гипертрофированных черт характера ребенка или подростка. Роль правильного воспитания, а если это необходимо, то и своевременно проведенных психотерапевтических воздействий, в этих случаях невозможно переоценить. Известно, например, что в 75—92% манера воспитания подростков с выраженными признаками психопатии может быть охарактеризована как бессистемная и халатная. Иногда полезна лекарственная терапия, помогающая ребенку самому (или с помощью воспитателя) справиться с возникшими в его жизни трудностями.

Содержание мер воспитательного, психотерапевтического и лекарственного воздействия во многом определяется своеобразием наметившейся у подростка акцентуации характера и психопатических проявлений. Это задача, с которой может справиться только опытный врач-психиатр или психолог, к ним за помощью и следует обращаться всякий раз, когда родителей начинают беспокоить разного рода неправильности в поведении ребенка. Дело в том, что поведение подростка характеризуется рядом особенностей, что далеко не всегда в должной мере осознают и учитывают его родители. К числу таких особенностей А. Е. Личко относит, например, реакцию эмансипации, выражающуюся в стремлении подростка высвободиться из-под контроля старших, реакцию группирования со сверстниками, различного рода хобби-реакции (увлечения, заполняющие на время всю жизнь подростка), особенности его сексуального поведения.

Каждая из указанных специфически подростковых реакций может быть нормальной, хотя и несколько гипертрофированной формой поведения подростка или болезненным (дезадаптивным) нарушением поведения.

Художественная литература богата изображениями различного рода типов с выраженными акцентуациями личностных черт и даже психопатических личностей. В частности, немецкий психиатр К. Леонгард отнес Дмитрия Карамазова к числу возбудимых, а его отца — истерических психопатических личностей; с их подробными описаниями мы вскоре ознакомимся. Несомненно, акцентуации могут быть выявлены при анализе характеров Хлестакова, Манилова, многих героев произведений Ф. М. Достоевского — Настасьи Филипповны, Порфирия

Петровича, супругов Мармеладовых и пр. Вообще, всякий раз, когда автор настойчиво обращает внимание читателя на ту или иную выраженную отличительную черту характера героя («вечно сомневающийся и нерешительный», «неразговорчивый и замкнутый», «блестящий, но неглубокий» и т. д.), мы скорее всего встречаемся со случаем акцентуации.

Акцентуированные личности, т. е. личности с гипертрофией отдельных черт, свойственных любому человеку, так же, как и психопатические личности, здоровы в психическом отношении. Недопустимо считать нормальным только среднего человека, а всякое несовпадение с такой серединой (средней нормой) рассматривать в качестве болезненного отклонения. «Это вынудило бы нас,— отмечает К. Леонгард,— вывести за пределы нормы тех личностей, которые своим своеобразием отчетливо выделяются на фоне среднего уровня, в том числе людей, о которых говорят «личность» в положительном смысле, подчеркивая, что они обладают ярко выраженным оригинальным психическим складом. Верно, конечно,— продолжает он,— что если у человека не проявляются свойства, в «больших дозах» присутствующие у больных психически, то такого среднего человека безоговорочно можно считать нормальным. Но каков в таком случае,— спрашивает К. Леонгард,— прогноз на будущее этого индивида? Можно сказать, не колеблясь,— отвечает он,— что такого человека не ожидает неровный жизненный путь существа болезненного, со странностями, неудачника, однако маловероятно и то, что он отличится в положительном отношении. Таким образом,— заключает этот психиатр,— в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд. Некоторые акцентуированные личности предстают перед нами в отрицательном свете, так как жизненные обстоятельства им не благоприятствовали, но вполне возможно, что под влиянием других обстоятельств они стали бы незаурядными людьми». Присутствие в популяции акцентуированных личностей, по-видимому, повышает ее адаптивные возможности, увеличивая в целом способность к принятию оригинальных творческих решений. С наибольшей прямоотой эта мысль была выражена французским психиатром К. Кюльером. «В тот самый день,— писал он,— когда больше не будет полунормаль-

иных людей, цивилизованный мир погибнет, погибнет не от недостатка мудрости, а от избытка посредственности».

Разобравшись в общих закономерностях формирования психопатий, попытаемся обрисовать некоторые конкретные проявления этих личностных аномалий.

Необходимо прежде всего понять, что дать обобщенный портрет психопатической личности невозможно. Это был бы не один какой-то портрет, а целая галерея образов, плавно переходящих один в другой. П. Б. Ганнушкин в этой связи прямо указывал, что «границы между отдельными психопатиями столь же расплывчаты и неопределенны, как и общие рамки этой подлежащей изучению области. Выделенные нами отдельные формы большей частью представляют искусственный продукт схематической обработки того, что наблюдается в действительности: на самом деле чистые формы психопатий в том виде, как их принято описывать, встречаются редко». Это убеждение П. Б. Ганнушкина неоднократно подтверждалось исследователями. По мнению ряда психиатров, около 70% психопатических личностей вообще невозможно отнести к тому или иному чистому типу.

Поскольку, однако, научные и практические потребности все же вынуждают психиатров выделять отдельные типы психопатий, было испробовано много различных подходов для создания удовлетворительной классификации этих состояний.

Э. Кречмер и П. Б. Ганнушкин, например, опираясь на свой опыт врачей-клиницистов, обращали внимание на типы, внешне напоминающие важнейшие эндогенные психические заболевания (такие, в частности, как аффективные психозы и шизофрению), соответственно выделяя циклоидные и шизоидные психопатии.

Психиатры и сегодня пользуются введенными Э. Кречмером в употребление терминами «шизоид» и «циклоид», обращаясь к ним в тех случаях, когда хотят подчеркнуть присутствие в структуре личности (в том числе и здоровой в психическом отношении) определенных черт. Если же эти черты приобретают тотальный и необратимый характер, т. е. достигают уровня психопатии, психиатры говорят соответственно о шизоидной психопатии и психопатии аффективного типа.

Психопатические личности аффективного круга обычно предприимчивы, трудолюбивы, покладисты. Они не умеют таить злобу, хитрить, интриговать. Их эмоции

естественны и понятны для окружающих, но чрезвычайно неустойчивы. Иногда резкие перепады настроения бывают приурочены к определенным временам года — весне или осени. Среди них встречаются и так называемые прирожденные пессимисты, замечающие преимущественно теневые стороны жизни, тихие грустные и мягкие люди, как правило, добросовестные, трудолюбивые и покладистые. Но встречаются и лица с постоянно повышенным самочувствием, приподнятым настроением, обуреваемые жаждой деятельности, умеющие порою пользоваться всеми благами жизни, энергичные и деловые.

«Средний циклоид,— по мнению Э. Кречмера,— в своем обычном состоянии общителен, человечен, реалистичен и легко приспосабливается к окружающему». У такого человека «нет никакого резкого противоречия между «я» и внешним миром, нет принципиального отрицания его, нет желания корректировать его по твердо установленным положениям, нет трагически заостренного конфликта, но есть жизнь в вещах, слияние с вещами — спайка с жизнью, сочувствие и сострадание... Циклоиды не являются людьми строгой последовательности, продуманной системы и схемы».

Совершенно иными красками рисует этот автор облик шизоидной личности. «Мы можем из нашего шизоидного материала,— пишет Э. Кречмер,— образовать непрерывный ряд, который начинается.. крайне сентиментальными, чрезмерно нежными, постоянно обидчивыми натурами, состоящими только из нервов, и который прекращается на холодных, застывших, почти безжизненных типах... И тем не менее у нежнейших представителей этой мимозоподобной группы ощущаем легкий незаметный налет аристократической холодности и неприступности, аутистическое сужение сферы чувствований отграниченным кругом избранных людей и вещей и слышим иногда резкое замечание о людях, находящихся вне этого круга. От этого мимозоподобного полюса шизоидные темпераменты во всевозможных оттенках идут к холодному и тупому полюсу, причем элемент «тверд, как лед» (или «туп, как кожа») все более расширяется, а «полон чувств до сентиментальности» постоянно идет на убыль. Шизоидные люди или абсолютно необщительны, или общительны избирательно в узком замкнутом кругу, или поверхностно общительны, без более глубокого внутреннего

контакта с окружающим миром. Необщительность шизоидов имеет различнейшие оттенки; редко это лишенная аффекта тупость, большей частью она имеет налет неудовольствия, даже враждебности защитительного или наступательного характера. Эта антипатия к общению с людьми варьирует от нежной тревоги, робости и застенчивости через иронический холод и угрюмую причудливую тупость до резкого, грубого, активного человеконенавистничества... Иногда они кажутся добродушными. Это добродушие совершенно иное, чем соответствующее свойство характера циклоидов. Циклоидное добродушие — это добросердечие, готовность разделить радость и горе... Добродушие шизоидного ребенка складывается из двух компонентов: боязливости и утраты аффекта. Это... уступка желаниям окружающих, вследствие равнодушия, смешанного с робкой боязливостью оказать им сопротивление... Словом, шизоид не растворяется в среде. Это люди постоянного душевного конфликта, жизнь которых представляет собой цепь трагедий и протекает по одному только тернистому пути. Они, если так можно выразиться, обладают талантом к трагическому. Циклоидов вовсе не в состоянии обострить ситуацию, даже если она (на самом деле) трагична: он давно уже приспособился, и окружающий мир к нему приспособился...»

Шизоидные психопаты, таким образом, это существа замкнутые (аутичные), сдержанные, лишенные дара сопереживания и интуиции (способности понимать движения души собеседника). А. Е. Личко приводит в этой связи слова одного шизоидного подростка, отчетливо отражающие особенности его психики: «Я никогда не знаю, любят меня или ненавидят, если об этом мне прямо не скажут». Люди этого типа сочетают в себе такие противоречивые черты, как холодность и чувствительность, бездеятельность и целеустремленность, застенчивость и бестактность, — словом, всю ту гамму парадоксальных черт, с которой мы уже знакомились при анализе больных шизофренией.

Хотя шизоидные черты характера выявляются уже в раннем детстве (в возрасте 3—4 лет), что свидетельствует об их большой конституциональной обусловленности, ни в коем случае не следует рассматривать шизоидного психопата как почти больного шизофренией. У него отсутствует главное, что необходимо для постановки диагноза этого заболевания, — болезненный про-

цесс, выражающийся в снижении психической активности, эмоциональном оскудении и расщеплении как эмоциональных, так и мыслительных функций. Заболевая шизофренией, лица с выраженными шизоидными чертами болеют, как правило, тяжелее, чем гармонические личности.

На начальных этапах развития шизофрении могут возникать психопатоподобные расстройства, с трудом отличимые от проявлений настоящей психопатии. В таких случаях наблюдается до 30% ошибочных диагнозов, причем психиатры ошибаются как в сторону завышения числа психопатий, так и шизофрении.

Существуют и другие подходы к классификации психопатий, основанные на изучении особенностей психической деятельности психопатических личностей или их поведения. Очевидно, что в последнем случае используются преимущественно социальные критерии.

Однако все эти попытки так и остались незавершенными. Почти каждая из школ, сложившихся в психиатрии, предлагает и использует свою собственную классификацию психопатий. Мы упомянем лишь некоторые группы, выделяемые международной классификацией болезней, травм и причин смерти (девятого пересмотра).

Однако прежде обратим внимание на одну из характерных особенностей психопатической личности любого типа: ее неумение принаравливаться к своему социальному окружению, сливаться с ним. Это неумение столь выражено, что вхождение психопата в любой коллектив (в условиях школы, производства и т. п.) всегда происходит с большим трудом и, как правило, нарушает сложившуюся гармонию межличностных отношений. В частности, психопатизация личности создает благоприятные условия для формирования неправильных и даже асоциальных форм поведения. По мнению П. Б. Ганнушкина, «проблема преступности вряд ли может быть правильно решена, если игнорировать среди преступников наличность значительного числа психопатов». Психопатии часто встречаются у правонарушителей, совершивших убийство, хулиганство, изнасилование, грабеж и разбой, т. е. различного рода насилие над личностью. Психопаты составляют около 10% от общего числа лиц, совершивших уголовные преступления, а среди рецидивистов их доля еще более возрастает.

Признавая влияние психопатии на преступность, не

следует вместе с тем биологизировать преступность, отрывая ее от социальных условий. Психопатические расстройства не могут определить общую направленность личности, ее мировоззрение и социальную позицию. Как справедливо указывает советский психиатр Г. К. Ушаков, «правомерное, полезное для общества поведение может наблюдаться на фоне выраженных психических расстройств, в том числе и психопатических». В то же время среди лиц, привлеченных к уголовной ответственности, немало найдется и таких, которые, с точки зрения психиатра, ничем не отличаются от нормы.

История психиатрии знает периоды, когда несправедливо абсолютизировались то биологические, то социальные факторы, участвующие в формировании криминального поведения. Эти увлечения всякий раз дорого обходились людям, поскольку неверные теоретические воззрения порождали и соответствующую общественную практику.

В конце прошлого века и первых десятилетиях нынешнего психиатры, в особенности западные, нередко преувеличивали роль биологических факторов, полагая, что «настоящие помешанные являются просто крайним выражением типа прирожденного преступника».

Ошибочность этой точки зрения не вызывает сегодня никакого сомнения. Многочисленные исследования показали, что доля правонарушений, совершаемых психически больными, составляет менее 1% от общего их числа.

В нашей стране, как справедливо указывается в ряде публикаций последнего времени, на протяжении 40—60 лет имел место односторонний, во многом социологизаторский подход к личности преступника. Психологические же проблемы преступного поведения изучались слабо.

Проблема взаимодействия социальных и биологических факторов в детерминации криминального поведения — это лишь частный случай взаимоотношений внутреннего и внешнего. Решая ее, нельзя игнорировать ни тот, ни другой элемент этой пары: необходимо тщательное изучение механизмов их взаимодействия применительно к каждому конкретному случаю.

Психопаты возбудимого типа составляют около 20% от общего числа лиц с психопатиями. Они формируются обычно к 20—24-летнему возрасту. Среди них часто

встречаются лица с постоянно отрицательным отношением к внешнему миру, не способные в то же время контролировать свои поступки. Они характеризуются общей неуравновешенностью, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к чужому мнению и упрямством, а иногда и злобностью, подозрительностью и злопамятностью.

Для части из них характерно постепенное накопление раздражения (аффекта), за которым следует неожиданная для окружающих разрядка. В период между такими разрядами они взвинчены, напряжены и сварливы. «Решающим для их образа жизни, — отмечает К. Леонгард, — является не благоразумие, не логическое взвешивание своих поступков, а влечение, инстинкты, неконтролируемые побуждения. То, что подсказывается разумом, не принимается во внимание». Возбудимый психопат, как правило, это человек запальчивый, необузданный, отчаянный, раб минутных настроений и страстей.

Рассматривая существо психической организации психопата возбудимого типа, Е. К. Краснушкин сопоставлял ее с детской психикой. «Когда трехлетний или четырехлетний ребенок, не довольный своей матерью, вспыскивает, сердится и в гневе бьет ее, а через несколько минут отвлеченный от события, вызвавшего его гнев, и обласканный матерью, уже смеется, то это состояние, эта реакция для всех окружающих является вполне естественной. Но когда взрослый человек с хорошо развитым интеллектом начинает вести себя так же, приходит в такое же аффективное состояние по ничтожным поводам и делается агрессивным, говоря кучу неприятностей, бранных слов окружающим или даже пуская в ход кулаки, а затем через минуту, успокоившись, ведет себя так, словно ничего и не было, то такую неспособность владеть собой у этого человека... все окружающие расценивают как болезненное явление, как болезненный характер».

Очень сложно для возбудимых психопатов бывает приспособиться к новым условиям и обстоятельствам жизни, которые нередко истолковываются ими превратно. Попытки окружающих (жены, товарищей) образумить их воспринимаются как агрессия, на которую возбудимый психопат, защищаясь, отвечает агрессией.

Наиболее, может быть, выраженной чертой психопатов возбудимого типа является их недостаточная социализация, неспособность адекватно воспринимать окру-

жающее и строить свое поведение в соответствии с требованиями общепринятых социальных норм. Возбуждаемые психопаты с большим трудом могут поставить себя на место другого, идентифицировать себя с ним, отсюда свойственная многим из них ненамеренная жестокость, которая объясняется неспособностью возбудимого психопата понять, что он причиняет боль и мучения другому человеку. Неудивительно поэтому, что моральные устои в жизни возбудимых психопатов не играют сколь-либо заметной роли.

Эти черты отмечаются у детей с врожденной предрасположенностью к психопатии возбудимого типа уже с первых лет жизни, что, однако, не всегда должным образом осознают родители и воспитатели; порою они склонны объяснять возрастом наблюдаемые у ребенка нарушения поведения. Обычно только в школе обнаруживается несостоятельность такого ребенка. Он слишком подвижен, болтлив и общителен, недисциплинирован и склонен к озорству. У части таких детей по малейшему поводу возникают бурные вспышки раздражения и гнева, и тогда они перестают контролировать свое поведение.

Другим ведущим свойством личности возбудимых психопатов является импульсивность. Постоянные конфликты с окружающими приводят к росту их агрессивности. Вместе с тем для психопатов этого круга характерны повышенная самооценка (уровень притязаний), стремление к доминированию и власти.

Весь этот набор личностных особенностей определяет тот факт, что психопаты возбудимого типа характеризуются повышенной криминогенностью.

При правильном воспитании ребенка, проявляющего врожденную предрасположенность к развитию психопатии возбудимого типа, он выправляется, начинает должным образом контролировать свое поведение, хотя в целом, видимо, этот тип психопатии труднее всех других поддается воспитательным воздействиям.

В качестве отдельной группы выделяют также паранойяльные психопатии, окончательно складывающиеся лишь к 20—25-летнему возрасту.

Разбирая в главе 3 пример постепенного формирования систематизированного бреда, читатель, наверно, обратил внимание, что бред чаще развивается у тех людей, которые с детства отличаются рядом особенностей психики: для них характерны односторонность, прямо-

линейность, подозрительность, обидчивость, упрямство и в особенности готовность к бредообразованию. Психопатические личности паранойяльного типа по структуре своей очень похожи на этих больных, однако они никогда не дорастают до бредообразования; это, собственно, и заставляет выделять их в особую группу. Зато они необычайно склонны к образованию так называемых сверхценных идей, во власти которых, по меткому замечанию П. Б. Ганнушкина, потом и оказываются. Это ревнивцы, изобретатели, фанатики, сутяги — словом, люди с исключительной страстью, настойчивостью и последовательностью посвящающие реализации сверхценной идеи все свои интересы и в конечном итоге всю свою жизнь.

Эта идея всегда такого сорта, что позволяет паранойяльной личности поверить в собственную исключительность. Отсюда крайний эгоизм и духовная бедность паранойяльного психопата. Его отличают узость кругозора, односторонность, ограниченность интересов. Все, что не имеет отношения к его «Я», кажется ему мало заслуживающим внимания. «В целом же их мышление,— отмечает П. Б. Ганнушкин,— незрелое, неглубокое, по целому ряду особенностей прямо приближающееся к детскому... Справедливости ради надо заметить,— продолжает далее П. Б. Ганнушкин,— что пока параноик не пришел в стадию открытой вражды с окружающими, он может быть очень полезным работником; на избранном им узком поприще деятельности он будет работать со свойственным ему упорством, систематичностью, аккуратностью и педантизмом, не отвлекаясь никакими посторонними соображениями и интересами».

Психопатии астенического и психастенического типов составляют, по данным диспансерного учета, около 20% от общего числа психопатий; они формируются обычно к 12—17 годам и проявляются, вообще говоря, различным образом.

В одних случаях (астенический тип психопатии) это преимущественно врожденная нервная слабость, повышенная чувствительность к разнообразным раздражителям, ранимость, робость, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности, нерешительность, легкая физическая и психическая утомляемость. Достаточно бывает пустяка, чтобы надолго вывести такого человека из равновесия. Постоянное чувство общего недо-

могания, вялости и слабости нередко приводит к тому, что все интересы такого человека сосредоточиваются на состоянии собственного здоровья. Даже незначительное недомогание способно выбить его из колеи, заставляет обратиться к врачу, а порою заняться самолечением.

В других же случаях (психопатия психастенического типа) на передний план выдвигаются тревожная мнительность, пунктуальность и педантичность. Эти особенности характера обычно с достаточной ясностью выявляются уже в школьные годы. Доминирующим эмоциональным состоянием таких детей, обычно слабо развитых в физическом отношении, является страх. Они боятся незнакомых людей и новых предметов, темноты и т. д. Наряду с впечатлительностью и застенчивостью для такого ребенка характерны неуверенность в себе и склонность к самоанализу, навязчивые страхи и сомнения в правильности совершенных или задуманных поступков. Всякое решение дается ему с колоссальным трудом. Не веря в свои силы, ожидая от мира подвоха, неприятностей, которые помешают ему совершить задуманное, он постоянно обращается за помощью к окружающим. Причем ожидаемые неприятности пугают его гораздо больше, чем уже случившиеся.

Но бывает, что такие люди как бы преодолевают свою застенчивость, потребность в самокопании. И тогда формируются сухие формалисты с чертами мелочной аккуратности и педантичности. Они досаждают окружающим своей любовью к порядку и занудством. Вместе с тем это люди с развитым чувством долга, добросовестные и трудолюбивые, способные, если этого требует обстановка, проявить настойчивость и отвагу.

Стараясь избавиться от навязчивых опасений, психопаты этого типа склонны к вере в различного рода приметы, часто прибегают к символическим защитным действиям-ритуалам.

Немалый вред приносит такая болезненная педантичность и в личной жизни. У женщин она может проявляться в обостренной аккуратности при уборке помещения, приготовлении пищи и решении иных бытовых проблем. Даже сон не всегда приносит таким людям облегчение. Уже засыпая, они еще раз подвергают скрупулезному анализу все, что было сделано за день, погружаются в мысли о планах на завтра, полные всяческих тревог и опасений.

«Таким образом,— указывает немецкий психиатр К. Леонгард,— для таких педантичных личностей и трудовая деятельность, и бытовые заботы протекают настолько усложненно, что радости жизни, возможности ими наслаждаться как бы проходят мимо них».

Когда рассмотренный выше вариант аномалии личности не достигает уровня психопатии, говорят о соответствующей акцентуации личности.

Педантичная личность обладает рядом ценных человеческих качеств. Такой человек во всем стремится к надежности. Поэтому он, как правило, добросовестен и любит свою работу, не меняя ее без крайних к тому оснований. Добросовестность характерна для таких людей и в быту. Женщина с акцентуацией педантического типа — это образцовая хозяйка, хотя она иногда немного перебарщивает в своей любви к порядку и чистоте.

Ребенка с соответствующей акцентуацией характера не следует воспитывать в обстановке повышенной ответственности, возлагая на его будущее слишком большие надежды или требуя от него исключительных успехов в учебе и поведении. Стремясь оправдать ожидания родителей, этот ребенок, и так уже наделенный исключительно высоким чувством ответственности, может легко надорваться, что поведет к развитию болезненных явлений, навязчивостей и страхов.

Главной особенностью психики истерических психопатов (на долю этого типа приходится около 34% от общего числа психопатий) являются ее незрелость, детскость, которая проявляется в стремлении во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих и добиться признания. Отсюда — театральность, демонстративность, позерство, рисовка, эгоизм, отсутствие простоты и естественности, глубины интересов, привязанностей, волевых усилий. Неспособные объективно оценивать окружающую обстановку, такие лица тяжелее всего переносят ущемление самолюбия. «Это субъекты,— указывал П. Б. Ганнушкин,— не достигшие... действительно духовной зрелости».

Истерическая психопатия обычно формируется в возрасте 12—17 лет. Желая во что бы то ни стало произвести впечатление, добиться признания, истерические психопаты, как правило, не способны тщательно обдумать, а затем реализовать наиболее удачную линию поведения. Поэтому их легко разоблачить. «Вместо то-

го,— по словам К. Ясперса,— чтобы ограничиваться природными своими данными и жизненными возможностями, истерическая личность испытывает потребность казаться перед собой и другими чем-то большим, чем она есть на самом деле, переживать больше, чем она способна пережить».

Стремление добиться признания отчетливо проявляется у таких людей еще в школьные годы. Это неорганизованные дети, не способные к систематическому труду, лживые, причем нередко они настолько вживаются в созданные их воображением ситуации, что сами начинают в них верить. Но эта убежденность никогда не достигает уровня бреда: истерические психопаты всегда в состоянии отличить реальное от выдуманного ими. Из числа таких патологических лгунов формируется пестрая галерея шарлатанов, мошенников, прорицателей, брачных аферистов.

Истерические дети не переносят, когда при них хвалят других или хотя бы уделяют им большее внимание. Они охотно, но только перед зрителями читают стихи, танцуют, поют. Общительность, стремление к лидерству сочетаются у них с капризностью, упрямством и своеволием. Достигнув подросткового возраста, такой ребенок постоянно сменяет свои увлечения, но ничем не заинтересовывается всерьез, отказываясь от очередного увлечения всякий раз, когда нужно проявить выдержку и терпение. Для девушек-подростков характерны увлечения модой, бесконечная болтовня по телефону, поверхностный интерес к театру и эстраде.

Попав в трудную ситуацию, такой подросток может прибегнуть к суицидальным демонстрациям. При этом обычно избирается безопасный способ совершения самоубийства или же подросток заведомо уверен, что окружающие (родители) вовремя его остановят. Желая облагородить себя, они придумывают разного рода романтические истории о неразделенной любви и т. п. или намекают на наличие у них таинственных заболеваний. Иногда такой подросток убегает из дома, но и в этом случае с тайным расчетом, что его легко можно будет найти.

Истерическая психопатия может отлиться в различные формы.

В одних случаях на первый план выступает стремление любой ценой привлечь внимание, казаться одарен-

ным, широко образованным, предстать в глазах окружающих в ореоле необычности, загадочности, исключительности. Бросается в глаза их непомерно развитое тщеславие, высокомерие, детскость (инфантилизм). Не способные мыслить и рассуждать логически, эти люди руководствуются в своей жизни аффективной логикой, совершают необдуманные поступки, дают заведомо невыполнимые обещания, клянутся в верности и пр. Им импонирует казаться романтиками, людьми тонкой, возвышенной природы, презирающими банальность и посредственность. Нарочито демонстрируя порою свою непрактичность, доверчивость, они тем не менее на деле обнаруживают достаточную житейскую хватку и способны, например, подчинить всю семью своим желаниям и капризам.

Часты для них жалобы на слабость, вялость, утомляемость, не соответствующие, в общем-то, высокому уровню активности. В большинстве своем они достаточно хорошо адаптированы к действительности и выбирают для себя занятия, не требующие глубоких познаний, но дающие возможность блеснуть перед другими своими «талантами». Как правило, у них нет настоящих друзей, отсутствует стремление к созданию прочных отношений в семье.

В других же случаях преобладают такие черты, как склонность к образованию истерических сверхценностей, т. е. кумира — объекта непрерывного поклонения и восхищения. При этом все факты, не укладывающиеся в их представления об идеальном образе, игнорируются или объясняются случайным стечением обстоятельств. Всячески подчеркивая свою готовность к бескорыстному служению, они в то же время постоянно дают понять, что без их участия, постоянной поддержки их избранник (или избранница) не достигли бы многого. Отсюда требования показной благодарности, проявлений взаимности, признания их незаменимости, возвышающих их в собственных глазах и в мнении окружающих.

Известны и другие проявления истерической психопатии, на которых мы не станем останавливаться.

В тех случаях, когда истерические черты не достигают уровня психопатии, говорят об акцентуированных демонстративных личностях. Демонстративная личность обладает определенными преимуществами в тех про-

фессиях, где необходим дар отречения от самого себя и перевоплощения. По мнению К. Леонгарда, образ следователя Порфирия Петровича, одного из героев романа Ф. М. Достоевского, может служить примером того, как удачно демонстративная личность способна порою использовать присущие ей данные в положительных целях. «Действительно, Порфирий Петрович обладает необыкновенными способностями прикидываться, играть роль... Человек, который умеет до такой степени притворяться, который находит не только нужные слова, но и управляет своим поведением, контролирует мимику, жесты, заставляя их передать именно то, что требуется в данный момент,— такой человек, по-видимому, полностью «входит в роль», которую он себе наметил».

Кратко упомянем еще о трех типах психопатий.

Представители первого типа характеризуются эмоциональной тупостью, недоразвитием нравственных чувств. «Уже с ранних лет,— пишет о них П. Б. Ганнушкин,— они отличаются отсутствием духовных интересов, распушенностью, эгоизмом. У них отсутствует чувство симпатии к окружающим, чувство долга по отношению к близким или обществу, чести и стыда. Довольно часто,— указывает он,— это не просто холодные, но жестокие люди, еще с детства проявляющие склонность к мучительству животных и поразительное отсутствие привязанности к самым близким людям, стремящиеся досадить им, оскорбить окружающих».

Представители другого типа — психопаты, у которых основной дефект касается воли, волевой сферы. Это психопаты неустойчивого типа, представленные лицами, которые, как писал П. Б. Ганнушкин, «ни холодные, ни горячие, без больших интересов, без глубоких привязанностей, не способные занять себя и склонные к праздности и безделью». Уже с детства они отличаются непослушанием, во все вмешиваются, но при этом трусливы, боятся наказания, легко подчиняются другим детям. «Все дурное,— пишет А. Е. Личко,— словно липнет к ним». Они падки на развлечения и легко перенимают отрицательные формы поведения, предаются пьянству, употребляют наркотики, совершают правонарушения, чаще всего мелкие мошенничества, хулиганство, кражи. Неудивительно поэтому, что в поисках новых острых ощущений они легко втя-

живаются в дурную компанию. Поражает равнодушие неустойчивых психопатов к своему будущему: они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии, целиком живут в настоящем.

Их судьба зависит от того, в каких условиях они окажутся. «Когда за ними непрерывно следят,— указывает А. Е. Личко,— не позволяют уклоняться от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда и убежать невозможно... они на время смиряются. Но как только контроль ослабевает, они немедленно устремляются в ближайшую подходящую компанию».

Психопатия неустойчивого типа часто развивается на конституциональной основе. «Особенно поражают окружающих,— отмечает А. Е. Личко,— случаи, когда в хороших гармоничных семьях вырастают подростки, наделенные всеми отрицательными чертами неустойчивого психопата».

В иных случаях нарушение нормального развития мозга ребенка приводит к формированию психопатий, проявляющихся преимущественно в виде расстройств влечений: это различного рода половые извращения, пиромания (непреодолимое стремление к поджогам), дромомания (непреодолимое влечение к побегам из дома) и пр. Расстройства влечения могут быть обусловлены преимущественно конституциональными особенностями личности или же неблагоприятным ее развитием. Расстройства влечений изучены еще совершенно недостаточно. Они довольно часто сочетаются с иными нарушениями психической деятельности, что значительно усложняет их анализ. В связи с этим мы ограничимся простым упоминанием о такого рода расстройствах.

Ознакомившись с некоторыми конкретными типами психопатий, мы в состоянии теперь выделить черту, свойственную психопатии в целом. Это сниженная способность личности управлять своим поведением, поступать даже в относительно несложных ситуациях адекватно обстоятельствам и поставленным ею же самой целям.

Поступать адекватно обстоятельствам — это, прежде всего, уметь правильно ориентироваться в ситуации и, опираясь на прошлый опыт, верно прогнозировать будущее. Психопатическая личность зачастую не в состоянии справиться с этой задачей.

И это происходит вовсе не потому, что сложность задачи превосходит интеллектуальные возможности психопатической личности (они, как мы уже отмечали, могут быть достаточно высокими), а в силу особенностей ее эмоционально-волевого склада, своеобразной — преимущественно аффективной — манеры мышления.

Готовясь к ответственной встрече, возбудимый психопат тысячу раз скажет себе: «Будь сдержанным и спокойным». Однако как только дело дойдет до обсуждения эмоционально значимых для него вопросов, он забудет о благоразумии и скорее всего сорвется.

Возникающие у психопатической личности срывы (декомпенсации), как правило, являются следствием непереносимых для нее внешних воздействий. Следует в то же время помнить, что условия, неблагоприятные для психопата возбудимого типа, могут оказаться наиболее подходящими для психопата-психастеника. Возбудимый психопат будет, например, с большим трудом переносить условия, требующие от него постоянной собранности и дисциплины.

Чаше, но далеко не всегда в период декомпенсации резко усиливаются (заостряются) черты, характерные для данного типа психопатической личности. У возбудимых психопатов это проявится в повышенной агрессивности и злобности, у истеричных — в возникновении неоправданно бурных эмоциональных реакций, у астенических — в нарастании чувства тревоги, опасений за состояние здоровья, упадке настроения, депрессии.

Однако во всех случаях декомпенсация отрицательно скажется на уровне социальной адаптации индивида. Ему станет очень трудно или просто невозможно справляться с самыми привычными обязанностями, жить в мире и ладу с другими людьми. Это состояние, крайне мучительное, психопат, как правило, истолковывает превратным образом: свое собственное поведение он обычно расценивает как нормальное, а причину свалившихся на него неприятностей ищет в поступках окружающих или в состоянии своего здоровья.

Сопутствующая дезадаптации тревога, чувство внутреннего напряжения и дискомфорта мешают психопатической личности справиться с наступившим болезненным состоянием и в еще большей мере усугубляет его. Чтобы вывести психопатическую личность из состояния декомпенсации, необходима помощь врача-психиатра.

Синдром раздражительной слабости. Ложные решения реальных проблем: навязчивости, страхи, истерии. Выгоды и потери от бегства в болезнь.

6

В этой главе мы займемся преимущественно неврозами. Это новые для нас заболевания, довольно широко распространенные. Не будет преувеличением сказать, что около 20% расстройств психической деятельности приходится на неврозы. Всего же неврозами страдает — даже по самым скромным оценкам — более 3% населения, в городах чаще, чем в сельской местности. С возрастом (если не касаться неврозов детского возраста) вероятность заболевания уменьшается, а число больных увеличивается. Это происходит потому, что порою заболевание приобретает затяжной (рецидивирующий) характер.

К сожалению, в психиатрии до настоящего времени отсутствует общепринятое определение неврозов, а некоторые психиатры вообще отрицают их существование как самостоятельного заболевания. Данная ситуация — наглядный пример того, с какими серьезными трудностями приходится сталкиваться психиатрам, решая проблемы здоровья и нездоровья. По этой причине глава, посвященная неврозам, начинается со значительно более широкого круга болезненных состояний (их называют психогенными заболеваниями), важной составной частью которых являются неврозы.

Психогенные заболевания — это болезненные состояния, в формировании которых всегда участвуют психотравмирующие факторы. Разберемся в том, каким образом внешнее (психогенное) воздействие приводит к возникновению болезненного расстройства.

Организм человека, как и его психику, можно рассматривать в качестве очень сложных динамических систем. Характерным свойством таких систем являет-

ся устойчивость — способность сопротивляться внешним воздействиям и самопроизвольно возвращаться в первоначальное состояние спустя некоторый промежуток времени после того, как какая-либо причина выведет их из равновесия.

Наряду с физическими воздействиями на развивающийся мозг огромное значение имеют факторы психического порядка, их называют психогенными. В случае так называемых нажитых психопатий эти неблагоприятные воздействия, как вы помните, отпечатываются в самой структуре мозга, вызывая необратимые изменения в ней.

Для обсуждения природы психогенных заболеваний мы воспользуемся, однако, другой, столь же простой моделью. Рассмотрим с этой целью наклонно поставленную грубо обструганную доску с неглубоким желобом в ней. Траектория шарика, скатывающегося по такому желобу, обладает определенной устойчивостью: незначительные и кратковременные боковые воздействия на него не изменяют траектории шарика. Через некоторое время по прекращении воздействия он вновь будет катиться по самому дну желоба. Эта устойчивость, однако, не беспредельна. При достаточно сильном боковом воздействии шарик выскочит из желоба. Дальнейшая его траектория определится скоростью, которой он обладал, покидая желоб, и рельефом доски. Чем глубже желоб и чем больше масса шарика, тем выше устойчивость и соответственно тем большее усилие необходимо приложить к шарiku для изменения его траектории.

Рассмотренный пример мы используем теперь для того, чтобы познакомиться с разнообразными расстройствами психической и телесной деятельности, возникающими вследствие того, что психика человека потеряла устойчивость, пытаясь справиться с внешним (психогенным) воздействием. Эти расстройства в значительной мере обратимы.

Мозг человека не существует отдельно от организма. Поэтому любое психогенное воздействие нарушает не только психическую деятельность, но всегда — в той или иной мере — деятельность всего организма. Наблюдаемые соматические нарушения могут быть столь значительны, что приобретают характер самостоятельного (хотя и психогенно обусловленного) заболевания.

Ранее мы сказали, что устойчивость траектории шарика и последующая его судьба зависят от многих об-

стоятельств. Подобным же образом устойчивость психики человека к действию психогенного фактора определяется не только силой этого фактора (силой бокового удара), но и свойствами личности, а также всего того фундамента, на котором она сформировалась или еще только формируется (массой шарика, глубиной желоба). Это и особенности характера, и общий склад нервно-психической организации индивида — ее выносливости, лабильности и пр.

От столь же многих обстоятельств (рельеф доски за пределами желоба) будет зависеть и характер возникших нарушений: острота, продолжительность и, наконец, их содержание, т. е. характер выявляемых психиатром симптомов.

Нет никакой возможности рассмотреть все разнообразие психогенно обусловленных нарушений, тщательно разложенных психиатрами по полочкам. Останемся лишь на некоторых из них.

Мы начнем с расстройств, в возникновении которых решающая роль принадлежит психотравмирующему фактору (силе бокового удара). Это заявление, конечно, не следует понимать слишком буквально. Психика человека в отличие от улыбки чеширского кота из Зазеркалья не может существовать безотносительно к материальным процессам, протекающим в ткани мозга. Но все же при возникновении этих расстройств существенна не индивидуальная организация мозга, а те ее особенности, которые свойственны мозгу любого человека как представителю определенного биологического вида.

Завершим же мы наше рассмотрение расстройствами, возникающими хотя и в связи с некоторыми внешними обстоятельствами, но как бы вырастающими из глубины самой личности и особенностей конституции человека. Это так называемые невротические расстройства и неврозы. Их порождают разного рода внутренние конфликты, мучительные и неразрешимые для данной личности, грозящие нарушить систему очень важных для нее межличностных отношений или лишить самоуважения. Иными словами, эти конфликтные ситуации строго индивидуальны, какой-нибудь другой человек справился бы с вызвавшим их психогенным фактором с легкостью или даже не заметил бы его. Порою такой конфликт представляет собой два действующих в противоположных направлениях и не всегда осозна-

ваемых мотива, ни один из которых не в состоянии взять верх над другим и подчинить его себе. Буриданов осел, погибший от голода между двумя одинаковыми и равно привлекательными охапками сена,— хорошая модель такого рода конфликтных ситуаций.

К числу самых сильных психогенных факторов относятся события, угрожающие самому существованию человека.

Существование животного прекращается вместе с его биологической жизнью. С человеком дело обстоит значительно сложнее. Человек — существо социальное, и поэтому порою изменение его социальной роли, лишение социально значимых ценностей ему труднее перенести, чем мысль о собственной смерти. Столь же тяжело могут переживать утрату и животные. Известны примеры того, как собака, потеряв хозяина, погибала затем от горя на его могиле.

Стихийные бедствия (землетрясения, пожары), условия боевой обстановки, невосполнимые утраты (смерть близкого человека, внезапный арест, гибель имущества) вызывают порою острые психические нарушения, представляющие собой непосредственную реакцию человека на неожиданное потрясение. Они получили название **реактивных психозов**.

Внезапно наступившее стихийное бедствие может полностью парализовать волю человека. Вместо того чтобы действовать, спасая собственную жизнь и жизнь своих близких, он замирает на месте, безучастный ко всему происходящему. Известен и другой тип реагирования на такого рода события. Он проявляется прямо противоположным образом: больной, охваченный страхом, мечется бесцельно и беспорядочно, часто с плачем и рыданиями, пытается бежать неведомо куда (порою даже навстречу надвигающейся опасности).

Такие состояния, которые Э. Кречмер обозначил как реакции мнимой смерти и двигательной бури, как правило, непродолжительны и проходят спустя полчаса или несколько дней по окончании катастрофы. Придя в себя, больной чаще всего ничего не помнит о случившемся.

Обращает на себя внимание тот факт, что эти реакции развиваются как бы по единому сценарию, они не индивидуализированы и мало зависят от уровня образования, профессии и всего жизненного пути пострадавшего. По-видимому, в данном случае активируются

какие-то механизмы, свойственные любому человеку. Иными словами, особенности личности и конституции мало сказываются на возникновении и характере этих реакций.

Неоднократно предпринимались попытки выявить скрытую целесообразность этих болезненных состояний. Предполагалось, в частности, что таким путем человек как бы заслоняется от надвигающейся опасности. Именно так поступают дети: увидев что-то страшное, они просто зажимают глаза.

Изучая поведение животных, попавших в экстремальную ситуацию, ученые пришли к заключению, что реакции типа мнимой смерти и двигательной бури представляют собой очень древние в эволюционном отношении формы поведения. Некоторые жуки в минуту опасности притворяются мертвыми, а залетевший в форточку шмель мечется по комнате до тех пор, пока случайно не выберется на свободу.

Мы приходим, таким образом, к важному заключению, которое пригодится нам в дальнейшем: болезненные расстройства психики человека могут проявляться в ее возврате (регрессе) к более примитивным (детским) или давно оставленным в процессе эволюции способам функционирования. Механизмы, обеспечивающие это функционирование, не утрачены нами. Они просто не проявляются при обычных обстоятельствах, подчиняясь более совершенным и относительно новым в эволюционном плане механизмам. Мы сталкиваемся с явлениями регресса и при менее трагических обстоятельствах, например, когда человек по довольно пустяковому поводу замирает на месте или кричит «мама».

Далеко не случайно реакции человека на экстремальные внешние воздействия принимают вид прямо противоположных по знаку форм поведения: активации или торможения. Эта разнонаправленность имеет под собой функциональную и анатомическую основу; у человека она определяется строением вегетативной нервной системы, которая, как известно, подразделяется на симпатическую и парасимпатическую. Одна из них выполняет активирующие, а другая — тормозные функции.

Ранее мы уже говорили, что в ответ на психогенное воздействие вовлекается весь организм человека. И действительно, при возникновении острых психотичес-

ких реакций всегда отмечаются нарушения деятельности внутренних органов и вегетативной нервной системы: сердечно-сосудистые расстройства (увеличение частоты сердечных сокращений, покраснение или, напротив, бледность кожных покровов), нарушение функций внутренних органов (непроизвольное мочеиспускание и пр.).

Однако, для того чтобы отреагировать на психогенное воздействие, человек должен прежде осознать смысл происходящего события, понять его возможные последствия. Осознание приходящей извне угрозы порождает чувство страха (ужаса). Таким образом, рассмотренные выше состояния — это болезненные реакции человека на опасность.

Реактивные психозы могут проявляться не только в форме рассмотренных выше относительно кратковременных и остро протекающих шоковых реакций. Мы упомянем еще о двух часто встречающихся его формах: **реактивной депрессии** и **истерическом психозе**.

Характер этих психозов порою (но не всегда) определяется не только содержанием психогенного воздействия (тем, что случилось), но и конституциональными особенностями личности больного. Их развитие и общая продолжительность болезненного состояния (в особенности, в случае реактивной депрессии) могут затягиваться на недели и месяцы.

Да и оценить силу психогенного фактора в этих случаях оказывается возможным, только ознакомившись с особенностями внутренней жизни пациента; известие о столкновении парохода с айсбергом выведет из состояния душевного равновесия любого из его пассажиров, но для того, чтобы понять, почему пациент, узнав об этом событии из газет, впал в состояние тяжелой депрессии, надо принять во внимание, что на этом пароходе находятся близкие ему люди.

Реактивная депрессия, если говорить о ней в самом общем виде, представляет собой болезненный ответ на утрату: смерть близкого, разрыв с любимым человеком и пр. Больной весь охвачен переживаниями, вызванными случившимся с ним несчастьем. Он угнетен, подавлен, не в состоянии отвлечься от тягостного для него события, заняться делом. При реактивной депрессии отмечаются, как правило, нарушения сна, деятельности вегетативной нервной системы.

Мы не станем задерживаться на описании реактивной депрессии не потому, что она представляет собой редкое явление, не важна в практическом отношении. Дело здесь совсем в другом: отличить реактивную депрессию от эндогенной (см. главу 2) под силу только психиатру. Их опыт, к сожалению, показывает, что возникновение любых депрессивных состояний люди всегда связывают с внешними обстоятельствами, не желая признавать того, что депрессии могут развиваться вне всякой связи с психической травмой или же, что эта травма лишь спровоцировала депрессию. Поэтому, в частности, родственники больного, как правило, не торопятся обращаться за помощью к психиатру, тем самым продлевая страдания пациента и увеличивая вероятность тяжелых (порою непоправимых) последствий.

Истерические психозы, как, впрочем, и реактивные депрессии, очень разнообразны. Мы, как и прежде, рассмотрим лишь самые простые варианты этих расстройств.

Вот, например, 17-летняя девушка, у которой и до начала заболевания отмечались резкие колебания настроения; она могла неожиданно разрыдаться, жаловалась на ощущение подкатывания клубка к горлу.. После внезапного разрыва с близким человеком у нее внезапно развилось особое состояние сознания (его называют сумеречным помрачением сознания). Она перестала узнавать окружающих и отвечать на их вопросы; вела себя так, словно бы находилась в обществе покинувшего ее любимого: разговаривала с ним, называла различными ласковыми именами. Такое состояние продолжалось несколько дней и разрешилось судорожным плачем, после которого больная пришла в себя.

Характерны формы истерического психоза, при которых личность как бы уходит от гнетущей ее действительности, перевоплощаясь в психическом отношении в ребенка или нарочито подчеркивая свою беспомощность и незащитность.

Первое письменное упоминание о бегстве в детство восходит к шестнадцатому веку. После процедуры «изгнания дьявола» из 25-летней французской монахини Жанны Фери из монастыря черных сестер она, по сообщению хроникера, впала в состояние «подлинно детской простоты»: разговаривала на манер маленьких детей, могла питаться только молоком и вообще должна

была всему учиться заново. Это состояние длилось 10 дней, а потом (поскольку «изгнание дьявола», судя по всему, прошло успешно) внезапно оставило ее.

Аналогичным образом ведет себя больной и в наши дни: весь день он проводит, играя самодельными игрушками, пытаясь вовлечь в игру окружающих, и бывает очень рад, когда ему это удастся. При попытке отнять у него игрушки — сердится или плачет. К тем, кто добр к нему, легко привязывается: радостно встречает, а при долгом их отсутствии впадает в уныние, плачет, отказывается от еды.

«Все поведение такого больного,— отмечал П. Б. Ганнушкин,— как будто говорит: «смотрите, как я слаб и беспомощен, я — настоящий ребенок, пощадите же меня!»

Такое состояние может продолжаться многие недели и месяцы. Оно является ярким примером вытеснения психотравмирующей ситуации — регрессии психики человека на онтогенетически более ранний уровень развития.

Мы переходим теперь к болезненным состояниям, возникающим в связи с мучительной и неразрешимой для данной личности внутренней конфликтной ситуацией. Они проявляются в виде так называемых невротических симптомов.

Психогенные факторы, их вызывающие, как правило, не какие-то исключительные события, а рядовые семейно-бытовые (в том числе сексуальные) осложнения, с которыми сталкивается в своей жизни почти каждый.

Неудивительно поэтому, что в современном обществе нет человека, который в своей жизни не переживал бы недолго невротических расстройств. Следовательно большинство людей умеют каким-то образом справиться с психотравмирующей ситуацией, их психика обладает для этого достаточной устойчивостью. Некоторые же лица в силу присущих им личностных и конституциональных особенностей на это оказываются не способны. И тогда первоначально возникшие нарушения приобретают определенную самостоятельность, начинают углубляться и развиваться. Так постепенно формируется комплекс нервно-психических расстройств, которые отечественные психиатры и психиатры ряда иных стран выделяют в качестве самостоятельного заболевания — невроза.

В отечественных руководствах по психиатрии рассматриваются, как правило, три формы невроза. Международная классификация болезней выделяет восемь форм. Название той или иной форме невроза присваивается исходя из преобладающего в картине заболевания синдрома.

Некоторые психиатры не признают существование неврозов как особых заболеваний. Невротические симптомы, по их мнению,—это в основном лишь внешние проявления любых начальных этапов дезорганизации психической деятельности, вовсе не обязательно связанных с психогенным воздействием.

Дискуссии по этому вопросу, видимо, прекратятся не скоро, хотя сам факт существования невротических симптомов ни у кого не вызывает сомнений.

Мы будем говорить в этой книге лишь о тех невротических симптомах, которые обусловлены психогенной ситуацией и могут быть устранены (или хотя бы в значительной мере ослаблены) посредством изменения этой ситуации в благоприятную для больного сторону. Очень важно, что порою бывает достаточно изменить не саму ситуацию, а отношение больного к ней, помочь больному взглянуть другими глазами на случившееся с ним несчастье. Эта цель достигается посредством проведения психотерапии, о которой мы поговорим позже. Врач при этом обращается (апеллирует) к личности больного, лечит словом.

Это не означает, что, имея дело с неврозами, врач отказывается от использования лекарств. Лекарственная терапия помогает пациенту справиться с болезнью. Разволновавшись на экзамене, студент может не решить простейшую задачу. Успокоив его тем или иным путем, мы не вкладываем ему в голову новых знаний или умений; это не мы, а он, после того как справится с волнением, выполнит задание.

Для того чтобы оценить, в какой все-таки мере заболевание неврозом определяется наследственным предрасположением, обратимся, как всегда, к изучению семейного материала.

Исследования такого рода проводились неоднократно. Было установлено, что конкордантность однояйцовых близнецов по невротическим расстройствам составляет около 50%, в то время как двухъяйцовых — только 14%; интересно, что она максимальна при так называе-

мом неврозе навязчивости и минимальна при истерическом неврозе (см. ниже).

В этих исследованиях была выявлена важная закономерность: в семьях больных невротами часто встречались случаи эндогенных психических заболеваний, в частности шизофрении.

Таким образом, в развитии предрасположения к заболеванию невротом участвуют как генетические, так и средовые факторы, совместно определяющие конституциональные особенности личности и саму ее организацию.

При обсуждении невротозов недопустимо игнорирование ни одной из указанных сторон. Стоит забыть о личности, и мы превратим невротоз в еще одно эндогенное психическое заболевание, где внешний фактор только запускает некий преформированный наследственными механизмами процесс. Недоучет роли конституции, биологической организации с неизбежностью приведет к выводу, что невротоз — не болезнь, а психологическая проблема, которую приходится решать пациенту, и помочь ему в этом может скорее не врач-психиатр, а консультант-психолог.

Был период, когда психиатры полагали, что основным поставщиком невротозов являются психопатии. Однако специальное изучение показало, что это мнение ошибочно. При обследовании, например, 1024 лиц, страдающих невротами, сотрудники К. Леонгарда выяснили, что только у 15% из них до начала заболевания отмечались выраженные психопатические особенности личности. Подавляющее же большинство (около 70%) обследованных было отнесено к акцентуированным личностям, т. е. лицам, избирательно чувствительным к действию определенных психогенных факторов. Интересно, что приблизительно 13% больных (а по данным других психиатров — до 40%), страдающих невротами, до начала заболевания вообще не обнаруживали каких-либо акцентуаций.

Все же, видимо, можно говорить о следующем соотношении внешних и внутренних факторов: чем больше у данного индивида выражено предрасположение к заболеванию невротом, тем менее массивное психогенное воздействие оказывается достаточным для его возникновения. При этом речь идет не о наследственном

предрасположении к неврозу вообще, а определенной форме этого заболевания.

Личность каждого человека уникальна. Число же наблюдаемых психиатрами симптомов и синдромов (в том числе невротических) хотя и очень велико, но все же ограничено. Это означает, что болезненные расстройства имеют тенденцию оформляться соответственно врожденным типам реагирования. В частности, разнообразие невротических синдромов ограничено пределами, допускаемыми биологической и психосоциальной природой человека. Изучая их, мы вместе с тем узнаем кое-что новое об этой природе.

Невроз начинается с возникновения характерной болезненной реакции личности на мучительную и неразрешимую для нее ситуацию. Эта реакция, однако, как говорят психиатры, не достигает психотического уровня, а выражается в виде отдельных быстро преходящих невротических расстройств, например тревоги, раздражительности, быстрой утомляемости и пр., которые мы подробно рассмотрим чуть позже.

Но этим дело не ограничивается. Одновременно нарушается и работа вегетативной нервной системы, поддерживающей постоянство внутренней среды организма. Для того чтобы понять, как и почему это происходит, необходимо вспомнить (см. главу 2) о возникшей в процессе эволюции мотивационной системе. Играя важную роль в регуляции активности психических функций, в особенности эмоционального состояния, она продолжает вместе с тем контролировать работу внутренних органов. Благодаря наличию такого постоянно действующего канала связи между центром и периферией любое изменение психического состояния сразу же отзывается на всех процессах, протекающих в организме: ожидая наступления какого-либо важного для нас события, мы испытываем беспокойство и тревогу (психическая компонента), в то же время наше сердце замедляет, артериальное давление повышается, во рту становится сухо, ладони рук увлажняются и пр. (вегетативная компонента). Волнуясь, некоторые люди не могут даже и подумать о еде, у других же в таких ситуациях просыпается бешеный аппетит.

Мы, следовательно, вправе предположить, что у лиц, предрасположенных к заболеванию неврозом, этот канал активизируется уже при относительно слабых, с об-

щепринятой точки зрения, психогенных воздействиях, а однажды активировавшись, не возвращается затем долгое время в свое первоначальное состояние.

Больные неврозом очень различаются между собой не только характером наблюдаемых у них расстройств психической деятельности, но и тем, как широко и интенсивно они представлены на соматическом уровне.

К числу наиболее часто встречающихся при неврозах телесных расстройствах относятся: вегетативная дистония (колебания артериального давления, изменение частоты пульса, состояния кожных покровов и др.), нарушения сердечной деятельности (тупые боли, покалывания, замирания, нарушения ритма и т. д.) и дыхания (затруднения дыхания, ощущение недостатка воздуха), желудочно-кишечные расстройства, нарушение половой функции, двигательные нарушения, а также головные боли, головокружения, нарушения сна, расстройства чувствительности и многое другое. Разобраться в них под силу только специалисту. Для нас важно, что все эти нарушения функциональные. В части случаев они бесследно исчезают по выздоровлении от невроза.

Развитие невроза, как полагают некоторые психиатры, может повести к возникновению настоящих соматических заболеваний, например язвы желудка. Вследствие этого больной неврозом нередко обращается за помощью не к психиатру, а к терапевту или иному специалисту.

Но разве больной не понимает, может спросить читатель, что его заболевание (в том числе соматические его проявления) находится в определенной связи с перенесенной им психотравмой?

В том-то и дело, что, как правило, не понимает.

Большая часть больных неврозами и другими психогенными расстройствами обычно не осознает многих обстоятельств, сыгравших решающую роль в развитии болезненного состояния. Это происходит потому, как справедливо указывает Б. Д. Карвасарский, что, с одной стороны, «источники их расстройств кроются в области социальных отношений, не находящих зачастую прямолинейного отражения в сознании, с другой — вследствие вытеснения из сознания непереносимых для больного психотравмирующих моментов». Иногда, описывая эту ситуацию, психиатры говорят, что невротич-

ческие симптомы заслоняют в сознании больного вызвавшую их психогению.

Наиболее часто при неврозах встречается комплекс симптомов, получивший название синдрома **раздражительной слабости**. Иногда же (в 60 % случаев) вся картина невроза определяется наличием у пациента этого синдрома.

На что жалуется больной, страдающий этой формой невроза?

«Я очень встревожен,— скажет он,— едва проснувшись, я уже чувствую себя усталым и разбитым. Мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче, трудно читать, а еще труднее понимать и запоминать прочитанное. Малейший шум меня раздражает, а яркий свет практически непереносим. Даже по пустякам у меня на глаза навертываются слезы и болит сердце. Меня замучила одышка, головокружение, головные боли, испортился аппетит, а засыпаю я теперь только с помощью снотворного».

Родственники больного да и он сам склонны объяснять возникновение этих симптомов переутомлением. Если это и так, то в подавляющем большинстве случаев развившееся переутомление является результатом общей жизненной установки пациента, определяющей характер его взаимоотношений с миром. Оно может, например, явиться следствием нездорового стремления больного к успеху без учета своих сил и возможностей. Нередко ориентация на успех закладывается еще в детстве в результате неправильного воспитания. Довольно типично, например, такое соотношение сил в семье: слабый и добрый отец и властная, настойчивая мать, контролирующая все поступки ребенка, она постоянно предъявляет очень высокие требования к его учебе в школе, а позднее к производственной или служебной деятельности.

Такое переутомление порою возникает после простудного заболевания, длительного недосыпания и прочих событий, ослабляющих нервную систему и подготавливающих, как говорят психиатры, для него почву. В этих условиях, бывает достаточно незначительного толчка (ссоры в семье, неприятности на работе и др.), чтобы нарушить хрупкое внутреннее равновесие психических процессов, стать причиной невроза.

Постоянно повторяющиеся психические перегрузки,

характерные для лиц определенных профессий, например авиадиспетчеров, способствуют возникновению невроза, раздражительной слабости или отдельных симптомов, свойственных этому заболеванию. В качестве примера можно привести такие данные: в условиях автоматизированного химического производства выраженные невротические реакции у мужчин — операторов дистанционных пультов управления и аппаратчиков 6-го разряда встречались в 13% случаев, а у женщин — в 18%. У рабочих же механоремонтных мастерских, занятых менее напряженной, а главное — менее ответственной работой, они наблюдались значительно реже: соответственно в 7 и 9%.

Невроз, протекающий с преобладанием синдрома раздражительной слабости, как правило, хорошо поддается лечению. Специальное изучение этого вопроса показало, что спустя 3—4 года после начала заболевания 40% пациентов выздоравливают, а еще у 30% отмечается значительное улучшение состояния.

Значительно реже (приблизительно в 10% случаев) встречается невроз, основное содержание которого сводится к симптомам навязчивого страха и иным **навязчивостям**. Установить, как широко распространен этот невроз у населения, не просто, поскольку больные, как правило, скрывают от окружающих свое заболевание.

Навязчивый страх (фобия) проявляется в том, что некоторые объекты, ситуации или виды деятельности до начала заболевания, никак не задевающие пациента, становятся для него (внезапно или постепенно) источником интенсивного страха. Это может быть страх острых предметов, открытых пространств, публичных выступлений, чужого взгляда, покраснения, навязчивый страх заболевания сердца, заболевания раком или психического заболевания. Больной, страдающий, например, клаустрофобией (боязнь закрытых пространств), будет испытывать непереносимый страх всякий раз, когда попытается спуститься в метро или только представить себе попытку такого рода.

Наряду с фобиями известны и иные навязчивые состояния: навязчивые мысли, идеи, представления, навязчивые влечения и действия. Приведем примеры лишь некоторых навязчивостей.

Навязчивые сомнения проявляются, например, в том, что пациент без конца проверяет, верно ли он написал

адрес на конверте, не забыл ли наклеить марку, вообще вложил ли письмо в конверт и т. п.

Навязчивые мысли могут принимать форму болезненного мудрствования, своего рода умственной жвачки, когда больной вынужден бесконечно размышлять по поводу событий, не имеющих к нему никакого отношения, неинтересных для него, например, искать ответ на вопрос: «Что лучше — книжка или фуражка» или «Как жили бы люди, если бы на Земле внезапно наступило состояние невесомости?»

Представляющие для нас особый интерес навязчивые действия часто возникают из стремления пациентов преодолеть ту или иную фобию.

Сначала, например, у больного возникает навязчивый страх загрязнения — постоянное впечатление, что он прикоснулся к чему-то грязному, таящему угрозу его здоровью или достоинству. Для того чтобы избавиться от чувства загрязнения, больной начинает то и дело мыть руки, что, однако, только на время освобождает его от страха, и поэтому он вновь и вновь прибегает к этой очищающей процедуре. В результате мытье рук становится ритуалом, который исполняется всякий раз, когда им овладевает тревога. Больной понимает бессмысленность своих действий, но не может не совершать их, так как это оказывается для него единственным способом освобождения от страха.

На первый взгляд может показаться, что тщательное мытье рук не так уж бессмысленно, поскольку, вообще говоря, уменьшает возможность загрязнения. При более тщательном ознакомлении с этим и подобным ему ритуалами обнаруживается, однако, что они в своей основе глубоко иррациональны. Отмывая руки от грязи, больная старательно считает образующиеся при этом мыльные пузыри. И если случится так, что их число к концу процедуры окажется, скажем, меньше или больше 27, страх не оставит ее, ей придется вновь и вновь повторять очистительный ритуал. Другая больная для избавления от навязчивого страха загрязнения не только несколько раз в день дезинфицирует столовые приборы, но и почему-то считает необходимым располагать их на столе строго определенным образом; при этом ее совершенно не беспокоит, в каком состоянии (часто довольно плачевном) находится вся остальная квартира.

Убеждение в том, что, совершая те или иные ритуалы или обряды, можно изменить окружающий мир, составляет одну из характерных особенностей так называемого магического мышления. Больные с навязчивостью ведут себя так, словно все еще верят в силу заклинаний. Вместе с тем — и это одна из характерных особенностей навязчивых состояний — они отчетливо сознают полную абсурдность и неэффективность своего поведения.

Навязчивые действия не всегда входят в состав защитных ритуалов, и тогда они проявляются, например, в навязчивом пересчитывании всех предметов, попадающих в поле зрения больного (автомобилей, ступеней лестницы и пр.).

Порою (что является неблагоприятным в плане прогноза и лечения признаком) к возникшей ранее фобии присоединяются так называемые контрастные влечения, когда, например, больной одновременно испытывает навязчивую потребность выкрикивать на улице ругательства, и вместе с тем ему страшно, что он не сумеет совладать с этим желанием. Аналогичным образом страх острых предметов у молодой матери может сочетаться с навязчивым (и приводящим ее в ужас) влечением поранить ими своего ребенка.

Навязчивости не совсем чужды психике здорового человека. Каждому, наверно, знакомо состояние, когда не можешь избавиться от привязавшейся мелодии. Иногда мы, уходя из дома, по два-три раза проверяем, выключен ли утюг. Элементы навязчивости проявляются и в упорном стремлении некоторых людей строго придерживаться определенных правил размещения предметов в доме или на своем столе. Некоторые женщины панически боятся темноты, мышей или насекомых, причем этот страх может совершенно не соответствовать ни ситуации, ни общему уровню их интеллектуального развития. Знакомы нам и контрастные желания. Оказавшись на краю пропасти, мы одновременно стремимся заглянуть вниз и как можно скорее отойти от нее на безопасное расстояние. В этом даже есть что-то приятное. Именно это переживание отразил А. С. Пушкин в строках: «Есть упоение в бою и бездны грозной на краю...»

Формирование фобий и навязчивых действий неоднократно пытались объяснить на основе теории услов-

но-рефлекторной деятельности. Экспериментируя на животных, ученые установили, что если какой-то объект или действие (раздражитель) вызывает у животного страх (реакцию избегания), то любой другой раздражитель, действующий одновременно с первым, также станет для него источником страха. Наиболее существенно, что возникшая таким образом реакция (фобия) не ослабляется со временем в отличие от условного рефлекса, который быстро затухает, если его не подкреплять безусловным раздражителем. Наблюдаемый парадокс можно, по мнению исследователей, объяснить следующим образом: избегая контакта с вызывающим тревогу объектом, животное испытывает облегчение, оно-то в данном случае и играет роль положительного подкрепления, не давая угаснуть фобической реакции. Аналогичным образом предполагается, что возникновение тех или иных защитных ритуалов происходит путем научения: пациент чисто эмпирическим путем обнаруживает, что некоторые действия приводят к ослаблению тревоги, и раз за разом разучивает их. Однажды сложившийся ритуал всякий раз подкрепляется кратковременным ослаблением тревоги, наступающим после его выполнения.

Данные гипотезы следует, конечно, рассматривать только в качестве первых подходов к научному объяснению природы навязчивости. На их основе можно попытаться объяснить страх высоты, развившийся у пациента после падения с лестницы, или страх воды (глубины) после того, как он случайно чуть не утонул в реке. Однако уже и в этих случаях приходится привлекать дополнительное предположение: возможность образования очень прочной условно-рефлекторной связи между однократным психотравмирующим событием и каким-либо случайным объектом.

Эти гипотезы, однако, не позволяют понять главного: почему навязчивости возникают далеко не у всех лиц, испытывавших сильное потрясение. К тому же многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что фобия порою развивается под влиянием очень слабых (как объективно, так и субъективно переживаемых пациентом) воздействий, например, навязчивый страх открытых пространств у пациента, услышавшего при переходе через площадь звук лопнувшей шины.

Анализируя случаи такого рода, невольно приходишь

к мысли о наличии у пациента определенной внутренней готовности к формированию навязчивости, которая только и ждет случая, чтобы проявиться вовне. Навязчивый страх готов прилипнуть к самым, казалось бы, безобидным предметам. Например, одна больная испытывала навязчивый страх при виде платья, вывернутого наизнанку.

Действительно, давно уже было замечено, что лица, склонные к навязчивостям, отличаются определенным своеобразием. Это зачастую не уверенные в себе, нерешительные и впечатлительные люди, подолгу застревающие на значимых для них переживаниях и обстоятельствах.

Все эти личностные особенности, по мнению некоторых ученых, закладываются еще в детском возрасте. Ряд влечений ребенка, указывают они, по мере его взросления и социализации становятся для него неприемлемыми (запретными) и поэтому вытесняются из сознания (явление вытеснения мы рассмотрим в конце главы). Они, однако, не исчезают бесследно, а сохраняются в виде так называемых невротических комплексов, определяющих характер дальнейшего развития личности и в конечном счете меру ее готовности к заболеванию неврозом.

Собственно говоря, эти вытесненные влечения не содержат в себе ничего такого, с чем не мог бы справиться разум взрослого человека. Вся беда, однако, в том, что они скрыты от сознания и не могут поэтому получить рациональную оценку. Используемые для их подавления (и также пускаемые в ход бессознательно) методы психологической защиты (см. ниже) чрезмерны, подобны тому медведю из басни И. А. Крылова, который, решив прогнать с лица своего спящего хозяина муху, убил ее первым подвернувшимся ему под руку булыжником.

Психотравмирующие события, непосредственно предшествующие заболеванию, по мнению этих ученых, лишь активируют скрытые от сознания пациента невротические комплексы. Возникающее при этом эмоциональное переживание (тревога) сигнализирует как о самом факте существования такого комплекса, так и о необходимости принятия срочных дополнительных мер по его недопущению в сознание.

Порою все этим и ограничивается. Наблюдаемое у

пациента болезненное состояние проявляется тогда в форме психологически не мотивированной тревоги.

В других же случаях приводятся в действие различные механизмы психологической защиты.

Возникшая тревога может быть отделена от вызвавшего ее комплекса посредством перенесения на какой-либо внешний объект, который в результате приобретает для пациента совершенно новые свойства — становится источником интенсивной тревоги и страха.

Недопустить в сознание вытесненный комплекс можно и посредством использования примитивного метода психологической защиты — регрессии. Не разумный и сознательный анализ, а магическое заклинание становится для личности средством спасения: магическое мышление никогда не сомневается в собственном всемогуществе — способности посредством мысли (или слова) влиять на события, происходящие в мире.

Далеко не все исследователи разделяют изложенную выше точку зрения. Многие психиатры, пытаясь понять механизм формирования навязчивости (и других неврозов), основное внимание уделяли конституциональным (биологическим и в значительной мере генетически детерминированным) факторам. Они не отрицают важной роли психологических механизмов в формировании, например, навязчивости, но считают, что особенности конституции в значительной степени определяют вероятность возникновения и само содержание психологических конфликтов раннего детского возраста.

Наиболее убедительным подтверждением справедливости данной точки зрения являются результаты генетических исследований, упомянутые в начале главы. Чем еще, кроме наследственности, можно, например, объяснить хорошо известные психиатрам факты, что порою та или иная навязчивость наблюдается не только у пациента, но и у его детей и даже внуков?

К предположению о биологической природе невроза навязчивости приводит и ряд других наблюдений. Так, не случайно, видимо, навязчивости часто сочетаются с неврологическими нарушениями, в частности с тиками — произвольными движениями (подмигивания, гримасы и пр.).

Авторы биологической модели невроза навязчивости полагают, что в процессе эволюции мозг человека

обзавелся рядом поведенческих программ, которые включаются помимо воли пациента, страдающего неврозом. В пользу предположения о биологической природе невроза навязчивости свидетельствует и тот факт, что он ослабляется под действием лекарственных средств, например кломипрамина.

Степень выраженности навязчивых состояний может быть очень различной — от легких проявлений, заметно не отражающихся на жизни пациента, до состояний, превращающих ее в пытку.

Неврозы навязчивости более, чем другие формы невроза, имеют тенденцию к затяжному течению. Нередко фобии, возникнув в детском возрасте, не оставляют пациента на протяжении всей его жизни. Иногда больному удастся перестроить свою жизнь таким образом, что он перестает сталкиваться с предметами, вызывающими у него страх, как, например, в случае изолированного страха прикосновения к перьям птицы.

Наряду с такими монофобиями описаны расстройства, склонные к развитию и усложнению: к ранее возникшей навязчивости присоединяются многие другие, постепенно формируются многочисленные защитные ритуалы, заполняющие всю жизнь пациента, приводящие его к инвалидности.

Анализируя навязчивые страхи, некоторые психиатры выделяют в развитии болезненных расстройств три стадии. На первой навязчивые страхи возникают только под влиянием соответствующего раздражителя (объекта, ситуации и пр.). На второй уже при одном лишь ожидании встречи с ним, на третьей сами представления о возможности этой встречи принимают характер навязчивости.

Наблюдения свидетельствуют, что течение заболевания (и его прогноз) во многом определяется острой первой приступ навязчивости, тем, в какой мере он нарушает жизнь пациента. Приблизительно у 70% больных с умеренными проявлениями навязчивости отмечается заметное улучшение состояния на протяжении первых пяти лет болезни. Тяжелее протекает заболевание, начало которого приходится на юношеские и детские годы и возраст старше 40 лет.

Длительное заболевание неврозом навязчивости нередко сопровождается изменением личности пациента: заостряются такие черты его характера, как тре-

возможность и мнительность, больные все больше внимания уделяют состоянию своего здоровья, общий фон настроения у них снижается.

Третья, широко распространенная форма невроза — это **истерический невроз** (до 30% больных неврозами). Его характерной особенностью является возникновение под влиянием психогенного фактора не только (и не столько) психических, но и множества соматических и вегетативных расстройств; они имитируют самые разнообразные соматические заболевания, не всегда, правда, как мы увидим ниже, достаточно умело и квалифицированно. Гораздо реже истерический невроз проявляется в различного рода экзотических нарушениях сознания: выпадении из памяти больного отдельных событий его жизни и пр.

К заболеванию истерическим неврозом склонны лица (женщины чаще мужчин), у которых высокая активность сочетается с нерешительностью и общей нецеленаправленностью поведения. «Наиболее существенным в истерическом складе, — отмечал Э. Блейлер, — является сильная, с большим размахом, но очень неустойчивая аффективность. Единичный аффект данного момента господствует как тиран, не допускающий никого другого рядом с собой». Вместе с тем, такие лица характеризуются высокой внушаемостью и самовнушаемостью; зачастую это одновременно очень чувствительные и эмоционально неустойчивые люди.

Обращает на себя внимание «своеобразный, по выражению отечественного психиатра С. А. Суханова, психический инфантилизм (детскость) людей, склонных к заболеванию истерией. Он выражается, между прочим, в том, что все, воспринимаемое извне или от внутренних органов, оценивается данным индивидом крайне субъективно»; объективная точка зрения для него почти невозможна. Он любит, чтобы на него обращали внимание. Ему нравится, что другие удивляются ему, говорят о нем. Так как текущая жизнь, замечает далее этот психиатр, часто отвлекает внимание окружающих от истерического субъекта, он создает целую систему своеобразных, курьезных, причудливых реакций на внешние впечатления, выражающиеся иной раз в такой форме, что они действительно приковывают внимание окружающих к его поведению.

«Больному помогает в этом, — продолжает С. А. Су-

ханов,— конечно, не высший разум, не высшая сторона нашей психической деятельности, а нижнее сознание или бессознательная сфера; пользуясь ее тайными для нас пружинами и пуская в ход низшие психические аппараты, которыми нормальный человек не в состоянии пользоваться по своей воле и по своему желанию, пациент обнаруживает существование таких механизмов, о каких известно нам потому только, что существует истерия; например, случайный абсцесс на пальце может дать при истерии паралич и полную потерю чувствительности всей руки; мысль, одно представление о болезни ног может вызвать паралич ног с потерей чувствительности, длительным сокращением мышц и т. д.».

Большое значение в развитии предрасположения к заболеванию истерическим неврозом имеет неправильное воспитание. Больной истерическим неврозом — нередко единственный ребенок в семье. Его рост и развитие происходят в атмосфере заласканности, изнеженности, беспринципной уступчивости, вседозволенности, когда неоправданно подчеркиваются достоинства ребенка, существующие или несуществующие. Понятно, что такое воспитание приводит к завышению уровня притязаний. Иногда истерические черты характера могут сформироваться в обстановке отвержения, при выраженном безразличном отношении к ребенку или грубо деспотическом воспитании. Самое же главное, что в этих условиях физическое развитие ребенка не сопровождается нарастанием его психической зрелости. Он приучается игнорировать реальность, постоянно живет в фиктивном мире, центром которого неизменно оказывается его собственная персона. Однако истерической личности недостает неколебимой уверенности параноика. Поэтому она постоянно требует от окружающих все новых и новых подтверждений своей исключительности.

Несомненно, что развитое воображение и высокая внушаемость вносят решающий вклад в формирование симптомов заболевания. Слишком уж часто больные истерией мгновенно перенимают замеченные у соседа по палате истерические симптомы. Однако не следует забывать, что работа воображения минует сознание больного, что истерический невроз — не симуляция, не воображаемая болезнь, а болезнь воображения.

Среди своеобразных проявлений истерии можно отметить одну ее разновидность, издавна известную в

России как кликушество. Она выражалась в том, что у кликуши возникало неудержимое стремление вскрикивать в церкви в определенные моменты церковной службы, а иногда и впадать в настоящую истерику. Кликушество стоит, по мнению С. А. Суханова, в тесной связи с распространенной в то время среди народа верой в порчу, в одержимость бесами. И действительно, у многих истеричек-кликуш существовало сознательное представление или сознательная мысль о том, что они испорчены, что в них вселился нечистый против их воли и желания; это убеждение, отмечает далее С. А. Суханов, может не сознаваться кликушами и храниться в бессознательной области.

Весьма вероятно, что многие случаи внезапного исцеления больных под влиянием заговоров и прочего следует объяснять тем, что эти болезни являлись на самом деле симптомами истерического невроза.

Анализируя симптомы истерического невроза, нельзя не заметить, что они всегда не соответствуют картине действительного поражения того или иного внутреннего органа или системы органов. В частности, при истерических параличах никогда не отмечается параличей отдельных мышц, как это бывает при неврологических заболеваниях, когда поражается тот или иной нервный центр или нарушается проводимость нервов. Это обстоятельство позволяет говорить иногда, что истерический невроз — довольно посредственный плагиатор. Обнаруживаемые симптомы отвечают представлениям больного о болезни и взглядам, господствующим у населения, т. е. расхожим мнениям о душевных и соматических заболеваниях. Порою, однако, выявить такое несоответствие удается с большим трудом. Больные истерическим неврозом могут неделями и месяцами лежать в больнице с подозрением на тяжелые заболевания внутренних органов (опухоли, язвы желудка и пр.), настаивая на проведении им сложных хирургических операций. В истории психиатрии известны, в частности, случаи ложной истерической беременности, когда у пациентки не только резко увеличивался объем живота и молочных желез, но и возникали столь характерные признаки начинающихся родов, что родственники в спешном порядке доставляли ее в родильный дом, где только и обнаруживалась истинная природа ее страдания. Интересно, что, как правило, такое разоблачение принимается па-

циенткой в штыки, вызывает бурную реакцию протеста, свидетельствующую о ее нежелании признавать реальность.

Психогенно обусловленный характер страдания пациента бывает порою трудно установить еще и потому, что он не выдумывает свою болезнь на пустом месте, а лишь сильно преувеличивает имеющиеся у него симптомы. Например, незначительные покалывания в груди он воспринимает как несомненные признаки инфаркта. В других случаях происходит фиксация ранее существовавших нарушений: раненный в ногу солдат и после полного заживления раны оказывается не способен даже пошевелить ногой, несмотря на полное восстановление двигательных функций конечности.

На протяжении последних десятилетий прослеживается заметное изменение симптоматики истерического невроза. Не столь часто, например, как прежде, возникают истерические припадки, когда больной, судорожно рыдая, падает на пол (никогда при этом не ушибаясь), начинает кататься по полу, рвать на себе одежду, волосы, царапать и кусать себя и пр. Став скромнее, истерический невроз проявляется сегодня преимущественно под маской разнообразных соматических и неврологических расстройств.

Очень часто истерические симптомы имитируют различного рода поражения центральной нервной системы, сосудистые спазмы, инфекционные заболевания, а также стенокардию, бронхиальную астму, инфаркт миокарда и пр.

Чаще всего (более чем в 60% случаев) у больного истерическим неврозом отмечаются различного рода болезненные ощущения (боли) в области сердца, живота, груди, в позвоночнике и пр., не ослабевающие под действием обезболивающих препаратов. Болезненные ощущения могут быть настолько мучительными, что заставляют больного обратиться за помощью к хирургу. Реже отмечаются разнообразные затруднения дыхания, снижение или полная потеря чувствительности, например, ноги, руки или только части конечности.

Двигательные нарушения при истерическом неврозе могут проявляться в параличах, невозможности стоять или ходить или, напротив, подергивании верхних или нижних конечностей, частом помигивании веками, стереотипных и необычных сокращениях мышц шеи, ли-

ца, конечностей. Психогенная природа таких параличей наглядно проявляется в том, что «парализованные» конечности больного вновь обретают подвижность, стоит только уложить его в постель. Известны случаи, когда парализованный больной, услышав о пожаре в доме, без посторонней помощи вскакивал с постели и выбегал на улицу.

Сокращения мышц гортани могут приводить к потере голоса (больной говорит только шепотом) или полной потере речи. Больной, однако, и в этом случае не утрачивает способности поддерживать контакт с окружающими, например, посредством письма. Отмечаются случаи истерической слепоты (на один или оба глаза) и глухоты.

Вызывает удивление, что больной, лишившись, например, дара речи, совершенно не стремится усилием воли преодолеть возникшее нарушение. Поражает и то хладнокровие, с которым больной порою относится к своей болезни. Он, судя по всему, совсем не тяготится неожиданным параличом, не проявляет уместной в этом случае тревоги.

Столь же часто эти больные обнаруживают своеобразное двойственное отношение к симптомам заболевания. С одной стороны, они обращаются к врачу с просьбой о помощи, а с другой — явно не стремятся к выздоровлению и даже бурно протестуют, узнав об отсутствии тяжелого заболевания. Порою даже создается впечатление, что больной словно бы гордится свалившимся на него несчастьем.

Все эти наблюдения обнаруживают одну характерную особенность истерического невроза, получившую у психиатров название условной приятности или желательности болезненного симптома. Тенденция к бегству в болезнь, прослеженная нами на примерах мнимой смерти и двигательной бури, а затем в различных формах истерического психоза, достигает в случае истерического невроза своего полного развития.

Давайте посмотрим, что же побуждает психиатра предполагать условную приятность заболевания? Воспользуемся с этой целью примером, приведенным в одной из книг А. М. Свядоща.

«Девочка 5 лет вечером пила молоко. Взрослые не обращали на нее внимания. Вдруг что-то оказавшееся в молоке вызвало у нее рвоту. И тут все резко переме-

нилось. Взволнованная мать взяла ее на руки, стала ласкать, измерила температуру, долго расспрашивала бабушку о том, как дочь провела день, и отец отложил газету и стал показывать ей картинки. Иными словами, девочка очутилась в центре внимания. И в следующий раз, когда она ела кашу и никто не обращал на нее внимания, у нее вновь неожиданно наступила рвота. С тех пор рвота возобновлялась всякий раз в присутствии родителей, когда девочке не уделяли достаточного внимания. Когда же она находилась в доме одна с бабушкой, рвота не возникала».

Этот пример не только позволяет понять, в чем состоит условная приятность истерических симптомов, но и приводит нас к заключению, что психогенный фактор (посторонний предмет, попавший в молоко) лишь привел в движение уже сложившиеся в психике девочки механизмы, которым, собственно, и принадлежит решающая роль в возникновении невротического симптома.

Условная выгодность истерического невроза военного времени, в частности параличей, также достаточно очевидна, поскольку освобождает пациента от отправки на фронт. Впервые в полном объеме с истерическим бегством в болезнь психиатры столкнулись в период первой мировой войны. Они вновь и вновь убеждались в том, что все попытки лечить военнотружеников, страдающих истерическим неврозом, создавая им щадящий режим, оказываются совершенно бесплодными. Выздоровление, однако, быстро наступало, как только больной узнавал, что по выздоровлении он не будет отправлен на фронт.

— Не столь легко понять выгодность болезни, заставляющей пациента долгое время находиться в больнице, ложиться на операционный стол, прерывать, казалось бы, интересную для него работу, превращаться в инвалида.

Тщательный расспрос пациентки, страдающей, к примеру, истерическим псевдоинфарктом и поэтому вынужденной оставить работу и месяцами не выходить из дома, может привести к заключению, что она просто не хочет оставлять своего ребенка на попечении свекрови, к которой почему-то испытывает чувство острой неприязни.

Если это действительно так, то нам не остается ни-

чего другого, как признать, что пациентка совершенно не осознает этого. Вместе с тем очевидно, что средства, пущенные ею в ход, явно несоразмерны достигаемой при этом цели. Поведение пациентки указывает на существование у нее какой-то особой системы ценностей, которой она бессознательно руководствуется в своем поведении.

Психиатр-психоаналитик не упустил бы случая сказать в этой связи, что неприязнь пациентки к свекрови — не настоящая причина невроза. Она лишь напоминание, символ какого-то скрытого от ее сознания влечения (невротического комплекса), возникшего, может быть, еще в период раннего детства. Основная цель пациентки состоит, по его мнению, в том, чтобы избавиться от этого комплекса, и она достигает ее, трансформируя комплекс в разнообразные соматические нарушения. Иными словами, она поступает так, как уже упомянутый ранее медведь из басни И. А. Крылова, которому тоже ведь представлялось выгодным расправиться с нахальной мухой, хватив своего хозяина по голове увесистым булыжником.

Наряду с этой первичной выгодой от болезни для некоторых пациентов важное значение имеет то обстоятельство, что, заболевая, они окружаются большей заботой и вниманием близких. «Без выигрыша от болезни,— отмечал еще Э. Блейлер,— нет истерии... Больной уходит от борьбы за существование, заставляет других о себе заботиться; становится центром внимания и ухода, вообще он получает возможность привлечь к себе всеобщий интерес».

Поразительную способность истерического больного трансформировать свои психические переживания в соматические пытались объяснить на основе предположения о гипертрофии ряда психических функций или их регресса на более примитивные уровни.

Э. Крепелин считал, что для истерии «характерно распространение эмоций на все области психической и телесной жизни организма и что именно этот процесс порождает симптомы, которые представляют собой преувеличенные и искаженные формы выражения душевных волнений... Каждый человек,— говорил он,— может при сильном волнении упасть в обморок или разрыдаться, утратить силу голоса или даже речь, у него могут подкоситься ноги, наступить общее оцепенение и т. д. Но

в обычном человеческом поведении эти утрированные формы выражения эмоций встречаются редко. У больных истерическим неврозом — вследствие нестойкости, лабильности всей их психической жизни — они проявляются очень легко; иногда даже при ничтожных поводах, и появившись однажды, имеют тенденцию закрепляться и фиксироваться». Иными словами, по мнению Э. Крепелина, невротические истерические симптомы представляют собой проявления филогенетически старых приспособлений, служащих целям инстинктивной самозащиты. Рудиментарный характер некоторых из этих форм выражения эмоций совершенно ясен: такова, например, «гусиная кожа», появляющаяся у людей при аффекте ужаса, или подъем волос на голове (волосы встали дыбом), имеющий свою аналогию у животных, где таким образом происходит устрашение противника.

Развивая идеи Э. Крепелина, Э. Кречмер пытался вывести истерические гиперкинезы, приступы дрожания и судороги больного из реакции двигательной бури. Реакция мнимой смерти является, по его мнению, основой, на которой формируются истерические симптомы глухоты, немоты, утраты чувствительности, расстройств зрения и параличей.

Крупный французский психиатр П. Жане пытался объяснить формирование истерических симптомов, исходя из представления о диссоциации (отщеплении) части психических процессов (в первую очередь вытесненных из сознания), которые при этом приобретают определенную автономию и начинают самостоятельно управлять телесными и психическими процессами.

Для обоснования своей позиции он опубликовал, в частности, еще в 1889 году сообщение об излечении больной Мари, ослепшей в детстве на один глаз. При проведении гипноза П. Жане обнаружил, что слепота исчезала всякий раз, когда больной внушали, что ей меньше 6 лет. Пытаясь понять причину болезни, П. Жане постепенно узнал, что в первый раз слепота проявилась после того, как Мари положили спать с мальчиком ее возраста; левая сторона лица мальчика была покрыта сыпью, что сильно напугало Мари. П. Жане заставил девочку под гипнозом вновь увидеть мальчика и убедил ее в том, что он очень славный и у него нет никакой сыпи. «После проведения двух сеансов,— писал П. Жане,— я одержал победу: она свободно ласкала

воображаемого мальчика. Чувствительность левой стороны лица восстановилась, и когда я ее разбудил, Мари прекрасно видела левым глазом».

Какие же выводы можно сделать из этого описания? Очевидно, что сильные переживания могут порою вытесняться из сознания, сохраняться длительное время в неосознаваемой пациентом форме, трансформируясь вместе с тем в соматическое нарушение.

Представление о диссоциации психических процессов позволяет, по мнению П. Жане, понять, как происходит исчезновение из памяти пациента травмировавших его психику событий. Специальная литература содержит описания еще более редко встречающихся нарушений сознания, например формирование у одного индивида нескольких личностей, сменяющих последовательно друг друга. При этом каждая из личностей характеризуется своими собственными интересами, познаниями, стандартами поведения.

Интересно в этой связи ознакомиться еще с одной работой П. Жане, в которой дано описание искусственно вызванного чередования личностей. Вероятно, что-то подобное может происходить с человеком и в естественных условиях, и это не так уж трудно представить, если вспомнить об удивительной способности истерических пациентов к самовнушению.

«В 1887 году,— сообщал этот психиатр,— к нам в госпиталь поступила молодая 20-летняя женщина, страдающая истерией. Вследствие истерической анорексии (потери аппетита) и неукротимой рвоты, продолжавшейся уже несколько месяцев, она дошла до полного истощения; кроме того, у нее отмечалась истерическая задержка мочи. Пациентка не могла самостоятельно стоять, вся поверхность ее кожи и слизистых оболочек потеряла чувствительность. Она крайне мало видела, очень плохо слышала и находилась все время в каком-то состоянии одурения.

Не имея возможности питать ее каким-нибудь другим способом, мы были вынуждены испробовать действие гипноза. После нескольких попыток легко удавалось приводить ее в странное состояние, которое казалось мимолетным и искусственным, но было совершенно отлично от обычного для нее состояния. Пребывая в нем, пациентка приобретала свободу движения, способность принимать всякую пищу, мочилась произ-

вольно и без затруднения. У нее восстанавливалась чувствительность, она вновь могла видеть, слышать и разговаривать, прекрасно помнила все события своей прежней жизни.

Накормив пациентку, замечает далее П. Жане, мы сочли необходимым ее разбудить, после чего она тотчас же впала в свое прежнее болезненное состояние. При этом она совершенно забыла все, что происходило с нею в предшествующем (светлом) периоде.

Однажды родители девушки, застав ее в этом искусственном состоянии, решили, что она выздоровела, и взяли ее из больницы.

«В первые дни,— рассказывает П. Жане,— все шло хорошо, однако через несколько недель пациентка вдруг почувствовала нечто вроде перелома и сама проснулась. Другими словами, она опять пришла в состояние депрессии и одурения, забыв вместе с тем все события, пришедшиеся на светлый период. Она не понимала, каким образом оставила больницу. Ее привели ко мне. Я вновь усыпил ее, или, лучше сказать, перевел в высшее, но искусственное состояние. И так,— заканчивает П. Жане,— продолжалось 15 лет до самой ее смерти, последовавшей от легочного туберкулеза. Девушка время от времени являлась ко мне, ее усыпляли, она приходила в свое веселое состояние и уходила счастливая, деятельная, с полной чувствительностью и памятью».

Анализируя этот пример, нетрудно понять, что способность пациентки трансформировать свои психические переживания в соматические нарушения и вытеснение из сознания происшедших с нею событий тесно связаны между собой и едва ли вообще могут наблюдаться изолированно друг от друга.

Обсуждая реакции мнимой смерти, двигательной бури, истерических психозов, навязчивостей и истерии, мы постоянно сталкивались с одной характерной особенностью психики человека — ее умением вытеснять из сознания некоторые не приемлемые для нее по тем или иным соображениям факты, т. е. с явлением вытеснения. Имеет смысл поэтому рассмотреть это явление несколько подробнее.

Процесс вытеснения изучался многими исследователями, и сам факт его существования не вызывает сомнения. Хорошо известно, например, с какой легкостью

мы забываем (в особенности в детские годы) выполнить неприятное поручение. Другой пример — вытеснение из сознания умирающим мысли о скором и неизбежном конце — явление, ставшее предметом тщательного изучения.

И все же строгие доказательства существования процесса вытеснения были получены в специально проведенных экспериментах, некоторые из них мы сейчас и рассмотрим.

Прежде всего необходимо было установить, может ли информация, воспринятая человеком, не осознаваться им. Для ответа на этот вопрос у испытуемых вырабатывали сначала условный рефлекс на определенные сочетания из пяти букв. Эти сочетания предъявляли на экране, всякий раз при их предъявлении испытуемый подвергался удару электрического тока. Возникающая эмоциональная реакция немедленно сказывалась на величине электрического сопротивления кожи испытуемого — оно заметно уменьшалось, что и регистрировали с помощью соответствующей аппаратуры. После того как условный рефлекс был выработан, на экране демонстрировали самые разные пятибуквенные сочетания, меняя их со скоростью, значительно превышающей способность испытуемых к опознанию букв. И тем не менее всякий раз, когда на экране появлялись буквенные сочетания, предваряющие (в первоначальных экспериментах) удар электрическим током, электрическое сопротивление кожи испытуемого скачкообразно уменьшалось. Так было доказано, что человек может воспринимать и правильно реагировать на неосознаваемые им сигналы.

Необходимо было далее убедиться в способности человека предпочтительно вытеснять из сознания неприятную для него информацию. Одно из проведенных с этой целью исследований было построено следующим образом: испытуемым предлагалось читать и записывать появляющиеся на экране фразы. Некоторые из этих фраз описывали безразличные для испытуемых ситуации, в то время как другие приписывали им агрессивные или эротические влечения, направленные на собственных родителей, т. е. социально неприемлемые, запретные влечения. Исследователи определяли минимальное время и минимальную освещенность, при которых еще можно было прочесть появляющиеся на эк-

ране фразы. Оказалось, что восприятие неприемлемых в этическом отношении фраз значительно затруднено. Записывая эти фразы, испытуемые совершали большое число ошибок. Очевидно, они бессознательно стремились к тому, чтобы избавиться от неприятной для них информации.

Этот эксперимент с различными модификациями был повторен многими исследователями. В результате был сделан вывод о способности психики человека защищаться от ситуаций, вступающих в конфликт с представлениями человека о своем «Я» (Я-концепцией).

Каким же образом могут неосознаваемые психические процессы сказываться на поведении? Представим себе, например, женщину, которая в раннем детстве отчаянно ревновала свою младшую сестру к родителям и всей душой желала ей смерти. Повзрослев, она вытеснила эти чувства из сознания как неприемлемые. Однако, тщательно проанализировав ее поведение, мы обнаружим, что и сегодня те же чувства определяют ее отношение к сестре. Когда сестра добивается серьезного успеха, она всякий раз чувствует себя угнетенной или даже заболевает. Не один раз ей случалось нечаянно терять и портить вещи, которыми, как она знает, сестра особенно дорожит. Она может случайно проговориться о событиях, тщательно скрываемых сестрой от окружающих.

Вытеснение — это тот фундамент, на котором основываются другие, более совершенные виды психологической защиты. Упомянем лишь некоторые из них, представляющие интерес для психиатра.

С явлением **перенесения** мы уже познакомились, обсуждая механизм формирования фобий.

Проекция состоит в приписывании другим людям вытесненных переживаний и черт характера, которые личность не может признать своими, не потеряв чувство самоуважения. Когда студентам предложили высказать свои замечания об организации учебного процесса, оказалось, что на отсутствие дисциплины жаловались отпетые прогульщики, а двоечники находили квалификацию преподавателей низкой. Таким образом, студенты приписывали другим людям свои собственные недостатки, освобождая себя тем самым от ответственности за сложившуюся ситуацию.

Этот вид психологической защиты не участвует в

формировании невротических симптомов, но он играет важную роль в выработке у индивида устойчивого познательного отношения к окружающим, неколебимой уверенности в наличии у них тайных агрессивных намерений, желании причинить ему ущерб.

Человек с низким уровнем собственного достоинства может не замечать свои недостатки, проецируя их, в частности, на окружающих, более того, он порою формирует идеализированную Я-концепцию и наделяет себя всяческими достоинствами. Такой способ психологической защиты получил название **реактивного образования**. Так, например, человек, которого приятели единодушно считают лживым, нередко уверен, что именно искренность является отличительной чертой его характера.

Некоторые особенности характера пациентов, страдающих навязчивостями, психиатры-психоаналитики рассматривают как реактивное образование — своеобразный противовес скрытым от сознания агрессивным влечениям, сформировавшимся в период раннего детства. Это люди закона и порядка, склонные к рациональному подходу ко всем явлениям жизни. Им не по душе любая неопределенность, утрата контроля над происходящими событиями, ситуации, требующие принятия немедленного решения, когда необходимо интуитивное понимание происходящего. Словом, это акцентуированные личности психастенического типа, рассмотренные нами в главе 5.

Весьма распространенным видом психологической защиты является **рационализация**, разумное объяснение человеком своих желаний или поступков, которые на самом деле вызваны иными, не заслуживающими уважения причинами. Наиболее известным — и уже приведенным ранее — примером рационализации является поведение Лисицы в басне И. А. Крылова «Лиса и виноград».

Одной из универсальных форм психологической защиты является **регрессия** — возврат на более раннюю стадию развития, к более примитивным формам мышления и поведения. Этот вид психологической защиты участвует, по мнению ряда психиатров, в формировании истерического психоза и невротических синдромов навязчивости (выработке разного рода защитных ритуалов).

Благодаря действию механизмов психологической защиты могут возникать заметные расхождения между тем, как человек оценивает себя сознательно и бессознательно, т. е. на самом деле. Поэтому-то мы, как правило, легко замечаем у наших ближних недостатки, которые отказываемся признать у самих себя, подтверждая тем самым справедливость известной притчи о соломинке в чужом глазу.

Вместе с тем следует понять, что уровень собственного достоинства определяется не тем, что человек заявляет о себе публично, и не тем, что он искренне думает о себе самом, но тем, как он постоянно действует по отношению к самому себе. «Если человек,— замечает Т. Шибутани,— болезненно относится к невниманию окружающих, если он отчаянно избегает ситуаций, в которых могут обнаружиться его слабости, если он предается мечтам так, что ухудшается его дееспособность, есть основания заключить, что он серьезно в себе не уверен. И напротив, существуют критерии, позволяющие судить о достаточном уровне собственного достоинства, даже если человек кажется очень скромным; он руководствуется своими собственными стандартами, стараясь в то же время не оскорблять окружающих; он не очень разочаровывается, когда другие с ним не согласны; он не ищет оправданий и не занимается самобичеванием, если терпит неудачу; он обращается с другими людьми уважительно и как с равными независимо от их социального статуса; он не сомневается в своей способности помочь окружающим и старается это делать; он не робок, не чрезмерно застенчив; он не отвергает похвалы, которую явно заслуживает. Такой человек подходит к себе, предполагая, что он заслуживает понимания и уважения».

Нередко люди, кажущиеся сильными, независимыми и самоуверенными, на самом деле бессознательно скрывают от окружающих (и самих себя!) чувство неполноценности и низкий уровень собственного достоинства.

Вытеснение не всегда позволяет достичь желаемой цели, и тогда вступают в действие другие виды психологической защиты, что приводит в некоторых случаях к формированию невротических симптомов.

Однако и слишком ретивое вытеснение таит в себе определенную опасность. Дело в том, что, вытеснив конфликт из сознания, мы не можем его рационально

проанализировать, а следовательно, искать адекватные пути его разрешения.

Личность с высоким уровнем собственного достоинства найдет в себе силы взглянуть правде в глаза и признаться, хотя бы себе самой в совершенной ошибке или даже недостойном поведении. Зрелость (способность быть независимым), собственно, в том и проявляется, что человек возлагает на себя ответственность за совершенные им поступки. Осознав ошибку и разобравшись в ней, человек, вероятнее всего, сумеет избежать повторения ошибочных действий в будущем. Иными словами, ошибка станет стимулом для дальнейшего развития личности.

Личность с низким уровнем собственного достоинства предпочтет спрятаться от реальности посредством тех или иных форм психологической защиты. Она либо забудет о неудаче, либо объяснит ее невезением или **злой волей окружающих**. Такой человек не учится на своих ошибках; постепенно ему становится все труднее понимать себя и окружающих, находить правильные решения встающих перед ним проблем.

Анализируя поведение такой личности, мы обнаружим, с одной стороны, ее незрелость, несамостоятельность, зависимость от других, а с другой — глубокую уверенность в собственной исключительности, разнообразии своих талантов и достоинств (что, конечно, следует рассматривать в качестве реактивного образования).

Все эти качества характерны для так называемых демонстративных личностей (см. главу 5), склонных, как известно, к заболеванию истерией. Это, однако, правило со многими исключениями: истерией могут заболеть лица, не обнаруживающие такой акцентуации.

Многочисленные наблюдения психологов подтверждают справедливость сделанных выше замечаний. Действительно, люди, полагающие, что все важное в их жизни зависит от их собственного поведения, характеризуются высокой социальной ответственностью и активностью, эмоциональной стабильностью, моральной устойчивостью, сердечностью, общительностью, сильной волей. Противоположные им по складу индивиды склонны к подозрительности, тревожности, депрессивности, агрессивности, конформности, догматизму, авторитар-

ности, беспринципности, цинизму и обману. Иными словами, это лица с повышенной готовностью к развитию невротических реакций в ответ на различные психотравмирующие воздействия.

Сегодня уже не приходится сомневаться в том, что разнообразные формы психологической защиты играют важную роль в выработке сознательных и бессознательных форм поведения. Однако между учеными продолжают оставаться большие расхождения. Так даже проективные методы исследования личности, рассмотренные в главе 1, которые достаточно хорошо зарекомендовали себя на практике, обосновываются с привлечением разных теорий. Такое положение дел не следует считать криминальным. Более того, практическое применение проективных методов способствует разработке теории личности.

В какой мере, однако, рассмотренные механизмы психологической защиты позволяют понять закономерности возникновения невротических расстройств?

Для ответа на этот вопрос следует вспомнить, что развитие невроза представляет собой длительный процесс, направленный на восстановление нарушенного психического равновесия. Естественно, что он включает все свойственные психике человека механизмы, в том числе механизмы психологической защиты. Было бы, однако, совершенно неверным утверждать, что невроз, например невроз навязчивости, возникает просто в силу несовершенства какого-либо из этих механизмов. Все они существуют не сами по себе, но находятся на службе личности. Следовательно, только особенности личности больного, его конституции, взаимодействуя с психогенным фактором, являются подлинными творцами невроза.

Довольно часто у больных неврозом (более чем у 20% больных) можно наблюдать симптомы невротической депрессии. Она проявляется преимущественно в снижении настроения, ухудшении аппетита, бессоннице, тревоге, раздражительности, иногда слезливости. Больной, как правило, понимает связь своего состояния с породившей его психотравмирующей ситуацией. Он — не пессимист, хотя и подавлен случившимся несчастьем, ищет выход из сложившегося положения. У такого пациента отсутствуют идеи самообвинения, суицидальные мысли, психическая и моторная заторможенность, столь

характерные для больных эндогенной депрессией.

Невротические депрессивные состояния в отличие от выраженных эндогенных депрессий поддаются психотерапевтическому воздействию. Невротическая депрессия может сочетаться с синдромом раздражительной слабости, навязчивостями, истерическими симптомами.

При неврозах часто отмечается и так называемый ипохондрический синдром. Он проявляется в неадекватном отношении больного к своему здоровью; пациент без конца прислушивается к работе того или иного органа или всего организма в целом, приписывает себе несуществующие заболевания.

В заключение главы несколько слов о психотерапии неврозов. Психотерапия в широком понимании охватывает всю область лечебного психического воздействия врача на больного. Особое место в психотерапии принадлежит слову врача. «Слово есть великий властелин. Ибо оно может и страх изгнать, и печаль умножить, и радость вселить, и сострадание пробудить», — писал древнегреческий мыслитель Георгий Леонтийский.

Лечение неврозов является в известном смысле пробным камнем психотерапии. Клинические проявления неврозов — психогенных заболеваний — ослабляются, а порою и полностью исчезают в результате проведения психотерапевтических мероприятий.

Популярное изложение деталей психотерапевтических методик, на наш взгляд, не только не целесообразно, но даже вредно, поскольку эта деятельность должна всецело находиться в руках опытных специалистов. Психотерапия в еще большей, может быть, мере, чем хирургия, представляет собой синтез научного знания и мастерства, которое дается прирожденными способностями врача и длительным его обучением под руководством опытных психотерапевтов.

Прибегая к психотерапии, врач в одних случаях преимущественно апеллирует к разуму больного (рациональная терапия). Такой подход оправдывает себя в тех случаях, когда больной относится к так называемому мыслительному типу, обладает хорошо развитым интеллектом, стремится к тому, чтобы с помощью врача разобраться в своем состоянии. Рациональная психотерапия эффективна при лечении ипохондрических состояний и фобий.

Своеобразным антиподом рациональной психотера-

пии является суггестивная психотерапия, когда, используя внушение (как в состоянии бодрствования, так и в гипнотическом сне), врач влияет на пациента главным образом эмоционально, пациент при этом пассивно и без размышления воспринимает слова врача. Этот метод наиболее эффективен в отношении легко поддающихся внушению лиц художественного типа. Он с успехом используется при лечении истерического невроза, синдрома раздражительной слабости, при лечении расстройств сна.

При проведении коллективной и групповой психотерапии больные под наблюдением и руководством врача объединяются в лечебную группу, что значительно облегчает лечебное воздействие. Именно в этих условиях особое значение приобретают невербальные способы коммуникации. Взаимодействие в коллективе (таким коллективом может быть семья больного) помогает больному разобраться в своем состоянии, восстановить нарушенное психическое равновесие.

Условно-рефлекторная (поведенческая) психотерапия преследует своей целью устранение болезненных условных связей, образовавшихся в процессе заболевания, например, психогенно возникших изолированных фобий. Больного в этом случае постепенно приучают преодолевать навязчивый страх. В случае агарофобии (боязни открытого пространства), например, больной вместе с врачом выходит из дома, проходя каждый раз по улице все большее расстояние.

Аналитическая психотерапия ставит своей задачей выявление вытесненных (т. е. бессознательных) конфликтов, сформировавшихся, как правило, еще в детские годы, и доведении их до сознания больного; это обычно сопровождается исчезновением или снижением болезненной симптоматики.

К числу психотерапевтических методов иногда относят также аутогенную тренировку — метод самовнушения, позволяющий человеку приобрести навыки управления некоторыми находящимися под контролем воли физиологическими процессами, умение вызывать в своем сознании желаемые ощущения. Методики аутогенной тренировки хорошо зарекомендовали себя при терапии синдрома раздражительной слабости.

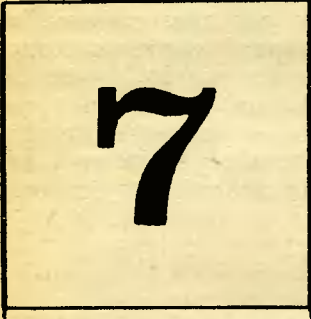
Психотерапия зачастую сочетается с лекарственной терапией, позволяющей ослабить проявления многих бо-

лезненных симптомов, например тревоги и пр. С этой целью обычно используются препараты, относящиеся к классу транквилизаторов, а также невысокие дозы некоторых нейролептиков и антидепрессантов.

Согласно приказу Минздрава СССР от 1985 года предусмотрена организация психотерапевтических кабинетов в городских поликлиниках и поликлинических отделениях центральных районных больниц, обслуживающих не менее 30 тыс. человек взрослого населения. Таким образом, в системе нашего здравоохранения создается мощная психотерапевтическая служба — свыше 9000 психотерапевтических кабинетов, призванных сыграть важную роль в деле повышения психического здоровья населения. Важнейшее место в работе этих кабинетов будет занимать терапия неврозов и невротических состояний.

ДВОЙСТВЕННАЯ (БИСОЦИАЛЬНАЯ) ПРИРОДА БОЛЕЗНИ

Здоровье — наше богатство. Модель психического заболевания. Разнообразие, необходимое всем.



Завершающий этап изучения любого конкретного явления состоит в обобщении накопленных знаний. В этой главе мы как раз и займемся обобщением изложенного в предыдущих главах фактического материала.

Содержание главы подразделено на три самостоятельных раздела.

В первом из них мы познакомимся с правилами, регламентирующими деятельность психиатров, их взаимоотношения с пациентами, характер работы психиатрической службы нашей страны.

Во втором разделе, вероятно, наиболее трудном для усвоения, обсуждаются проблемы психических заболеваний в общем виде. Нередко мы будем вести речь о болезни вообще — ведь все они, несмотря на многообразие проявлений, обладают рядом общих черт. В конце раздела мы предложим модель, иллюстрирующую современное понимание природы психических болезней.

Наконец, в третьем разделе читателю предлагается поразмыслить над вечными вопросами: что такое психическая норма; почему проявления психического здоровья столь разнообразны; полезны ли для общества лица, чье поведение значительно отличается от общепринятого, и рядом других вопросов.

1. В предыдущих главах мы познакомились с различными видами расстройств психической деятельности, обращая внимание в основном на клинические их проявления. Они оказались столь разнообразными, что читатель, вероятно, понял, как благоразумно было наше решение ограничиться на первых порах негативным определением психического здоровья — «для того, чтобы

быть здоровым, надо по меньшей мере не быть больным». Теперь пришла пора разобраться в этой формулировке более основательно.

Означает ли она, что тот, кто не болен, обязательно здоров. Очевидно, нет. «Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения,— состояние полного физического, психического и социального благополучия». Оно не тождественно простому отсутствию болезни или физических недостатков. Следовательно, вопрос о психическом здоровье как-то связан с представлением о психическом благополучии.

Сознавая всю неопределенность и расплывчатость понятия «благополучие», можно все же сказать, что здоровье, как и благополучие,— дитя изобилия или хотя бы некоторого достатка. Действительно, если я еле еле свожу концы с концами, постоянно ощущаю близость нищеты, то мое материальное положение едва ли можно считать благополучным. Аналогичным образом обстоит дело и с психическим здоровьем. Если любое недоразумение, житейская мелочь выбивают человека из колеи, надолго портят ему настроение, нарушают сон, аппетит и пр., то, очевидно, трудно признать его здоровым в психическом отношении. «Но он и не болен»,— скажет читатель и будет, несомненно, прав.

Мы уже затрагивали эту тему. Напомним о двух понятиях — *illness* и *disease*. Первое соответствует нездоровью, второе — болезни. Женщина, вынашивая ребенка, нередко испытывает различного рода недомогания. Ей нездоровится, но ее нельзя назвать больной. В то же время пациент, у которого при диспансеризации обнаружена злокачественная опухоль, не жалуется на самочувствие, однако он справедливо считается больным.

Субъективные переживания пациента, следовательно, не могут служить критерием болезни и в особенности психического заболевания. Мы знаем, что в некоторых случаях душевнобольные некритически относятся к своему состоянию, порою даже оценивая его как исключительно благополучное, например в случае гипомании и мании (см. главу 2).

Этот момент настолько важен, что стоит, пожалуй, обсудить его подробнее. Специфика психических заболеваний накладывает определенный отпечаток на поведение врача-психиатра. Установив, что больной может совершить поступки, угрожающие жизни и здоровью

окружающих (или самого больного), врач обязан поместить его в больницу, не считаясь с желаниями пациента. Если он не сделает этого, мы осудим его, как осуждаем всякого, кто не помог человеку, оказавшемуся в беде.

Решая вопрос о принудительной госпитализации, психиатр вместе с тем должен быть очень осторожен. Например, даже суицидальные мысли и намерения не всегда свидетельствуют о нарушении психической деятельности. Тщательное изучение этого вопроса показало, что значительное число самоубийц не обнаруживало при жизни каких-либо психических заболеваний. С другой стороны, известно, что только 1% покушавшихся на самоубийство повторяет эту попытку на протяжении года; даже на значительном временном интервале вероятность повторного суицида не превосходит 5—15%. Таким образом, в большинстве случаев суицидальные мысли носят преходящий характер, могут быть обусловлены временным расстройством психической деятельности.

В правовом государстве должны существовать четкие юридические гарантии прав человека, а личность любого гражданина — как психически больного, так и здорового — должна быть неприкосновенна.

С целью реализации этих принципов, соответствующих современному состоянию нашего общества, Президиум Верховного Совета СССР в марте 1988 года издал указ, в котором было утверждено «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи населению».

Согласно этому Положению на стационарное лечение могут быть направлены лишь строго определенные группы лиц, а именно: больные, изъявившие желание лечиться, пациенты, госпитализируемые в связи с непосредственной опасностью для себя и окружающих, лица, совершившие общественно опасные деяния, признанные судом невменяемыми и направляемые на принудительное лечение. Таким образом, подозрение на наличие психического заболевания не является достаточным поводом не только для помещения в больницу, но даже для психиатрического обследования какого-либо лица без его согласия.

В соответствии с названным выше Положением решение вопроса о принудительной неотложной госпита-

лизации выносятся комиссией из трех лиц, в состав которой по настоянию больного, его родственников или законных представителей может быть включен любой врач-психиатр из данной местности. Более того, при любом несогласии пациента или родственников с решением врача или комиссии это решение может быть опротестовано либо в вышестоящих органах здравоохранения, либо непосредственно в суде; для реализации этого права создан новый институт штатных главных психиатров союзных республик, краев, областей и т. п. Аналогичным образом решение о постановке пациента на диспансерный учет (или снятие с него) принимается сегодня не одним врачом, как ранее, а комиссией из трех врачей. При неотложной госпитализации больного об этом немедленно ставятся в известность его родственники и главный психиатр вышестоящего органа здравоохранения.

Решение вопроса о продолжении лечения принудительно госпитализированного пациента принимается также не единолично лечащим врачом, а комиссией, которая через полгода повторно обследует каждого больного на предмет наличия или отсутствия показаний для продолжения стационарного лечения (не только пациентов, находящихся на принудительном лечении, как это было раньше). Главные психиатры города, района, области, действующие совершенно независимо от руководителей психиатрических учреждений, обязаны регулярно инспектировать лечебно-профилактические учреждения с участием представителей местных Советов народных депутатов, контролируя выполнение всех разделов нового Положения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре больного, совершившего общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом (хулиганство, хищение, изнасилование, убийство и т. п.), может быть осуществлено лишь по основаниям и в порядке, установленном уголовным и уголовно-процессуальным законодательством. По каждому такому делу обязательно проводится предварительное следствие с участием защитника. В судебном разбирательстве, помимо защитника, обязательным является участие прокурора. При наличии законных оснований суд выносит определение о применении к совершившему общественно опасное деяние принудительной меры медицинского характера

в виде помещения его в соответствующие психиатрические больницы (с обычным, усиленным и строгим наблюдением).

Помещение в психиатрическую больницу заведомо здорового человека наказывается по статье 126² УК РСФСР лишением свободы на срок до двух лет или исправительными работами на тот же срок с лишением права занимать определенные должности на срок от одного года до трех лет или без такового.

Вся совокупность этих мер создает условия для того, чтобы пресечь возможность любых злоупотреблений, любой халатности и недобросовестного отношения как к больному, так и к здоровому человеку.

Вместе с тем некоторые положения, отмеченные в Указе, требуют дальнейшей доработки. Наиболее важным является, вероятно, установление четкого порядка проведения первичного обследования душевнобольных и в особенности при их первичной госпитализации. Решение этого вопроса может быть достигнуто лишь посредством совместного обсуждения его клиницистами, юристами и представителями общественности.

Деятельность врача-психиатра всегда направлена на достижение «благополучия» пациента. Однако сегодня считается естественным, чтобы уже не только врач, но и сам больной определял содержание этого понятия.

Это — в историческом отношении — совершенно новое понимание существа взаимоотношений между врачом и пациентом основывается на признании права личности самостоятельно определять свое поведение, не нарушая, естественно, при этом законы страны, права, зафиксированного сегодня в кодексах медицинской этики ряда стран.

В частности, согласно последним принципам медицинской этики Американской медицинской ассоциации 1980 года, «врач обязан быть правдивым и искренним с больным» — требование, которое отсутствовало в старых кодексах медицинской этики, например, в клятве Гипократа. В прежние годы в нем просто не было необходимости, так как считалось, что это дело врача решать, что хорошо, а что плохо для пациента. Сегодня же медицинская общественность многих стран признает естественным, что представления пациента о своем бла-

гополучии могут не совпадать с общепринятым мнением и мнением врача. Для того же чтобы самостоятельно решать свою судьбу, пациент должен располагать всей имеющейся в распоряжении врача информацией о состоянии своего здоровья.

Действуя всякий раз в соответствии с желаниями пациента, врач обязан убедиться в его компетентности, т. е. способности принимать решения со знанием дела. Понятие компетентности — одно из основных понятий современной медицинской этики. Его приблизительными юридическими эквивалентами являются понятия вменяемости и дееспособности.

Кратко поясним содержание этого понятия на примере из общей медицинской практики, вошедшем во многие зарубежные учебники медицинской этики.

Два пациента отказываются от переливания им донорской крови, первый пациент — член секты «Свидетели Иеговы» с непрекращающимся полостным кровотечением, другой — чуждая всякой религиозности девушка, попавшая в автомобильную катастрофу и невыносимо страдающая от боли. Отказ первого пациента обусловлен религиозными мотивами, в то время как девушка отвергает переливание крови потому, что «хочет быстрее попасть на небо, где она наконец перестанет мучиться».

Первым побуждением любого не искушенного в вопросах медицинской этики человека будет игнорирование требования обоих пациентов ради их же собственного блага. Однако врач не может поступить таким образом. Памятуя о праве личности самостоятельно решать свою судьбу, он попытается понять, в какой мере желания больных согласуются с общей структурой их личности и поведением в прошлом.

В результате он скорее всего примет во внимание волю первого пациента и отклонит требование девушки. Ее желание умереть врач объяснит временным снижением уровня компетентности: ее психическое состояние не позволяет разумно проанализировать положение, в котором она оказалась, оценить все последствия отказа от переливания крови.

Это решение врач примет либо самостоятельно, либо обратившись за помощью к членам этического комитета своей больницы (вопрос об организации этических

комитетов в нашей стране находится в настоящее время в стадии обсуждения); с этой целью правление Все-союзного общества психиатров и наркологов уже создало в составе президиума Общества этический комитет.

— Ну, а как быть,— может спросить читатель,— если этический комитет не справится с поставленной перед ним задачей?

В таких случаях врачу приходится обращаться в суд. Именно таким образом поступили американские врачи, когда родители — члены секты «Свидетели Иеговы» — стали возражать против переливания донорской крови их ребенку, остро нуждающемуся в проведении этой процедуры.

Данный вопрос в конечном счете явился предметом специального рассмотрения в Верховном суде США; суд постановил, что родителям не дано решать вопросы жизни и смерти детей и, следовательно, препятствовать врачу исполнить свой врачебный долг.

Эти примеры поясняют, почему в определенных (и строго регламентированных) условиях любой врач, а не только врач-психиатр, не должен ориентироваться на субъективные переживания пациента и высказываемые им требования. Уважая его права, врач вместе с тем понимает, что личность пациента может быть временно (или постоянно) «изменена» болезнью, что он не способен принимать решения со знанием дела.

Диагноз тяжелого психического заболевания имеет, как правило, серьезные социальные последствия для пациента. Возможно, ему придется сменить место работы и даже профессию; могут измениться его семейные отношения и пр. Памятуя об этом, врач-психиатр всегда держит сторону пациента и поставит диагноз, скажем, шизофрении только в том случае, когда характер страдания пациента не вызывает у него никаких сомнений.

Текст упомянутого выше Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи отражает тенденцию ко все более широкому признанию права личности самостоятельно определять свое поведение. Амбулаторная помощь (включая лечение и длительное диспансерное наблюдение) в обязательном порядке оказывается теперь только тем лицам, которые страдают хроническим психическим заболеванием с тенденцией к неблагоприятному течению.

Все же остальные лица, ранее находившиеся на диспансерном учете, могут — при желании и наличии к этому соответствующих клинических показаний — сняться с него. Они имеют право, как и прежде, обращаться за помощью в диспансер, однако такое обращение не повлечет уже за собой автоматической постановки на учет (со всеми вытекающими из этого неблагоприятными для больного последствиями). Таким образом, благодаря введению в действие нового Положения большое число лиц, нуждающихся в помощи психиатра, получили право на полноценное социальное существование.

В ряде стран (США, Италия и др.) указанная тенденция — предоставление каждому человеку самостоятельно решать вопросы своего психического здоровья — доведена до своего логического конца. Благодаря этому даже острый бредовой больной может возражать против госпитализации и медикаментозного лечения, и его требования будут признаваться справедливыми до тех пор, пока он не нарушит соответствующих законов страны.

Автор хотел бы обратить внимание читателей на то обстоятельство, что введение в действие нового Положения значительно повышает меру персональной ответственности каждого из нас за состояние своего психического здоровья. Для того чтобы толково им распорядиться, нужно хотя бы в какой-то мере представлять природу и проявления психических расстройств. Таким образом, Положение недвусмысленно побуждает население к повышению культурного уровня.

Естественно, что и общество берет на себя определенные дополнительные обязательства: необходимо создать условия, позволяющие каждому человеку реализовать свои права, для этого нужно открыть достаточное количество психотерапевтических кабинетов, консультативных пунктов, подготовить соответствующее число специалистов и пр.

Пересмотр самой сути и способов работы психоневрологических диспансеров приведет к тому, что они наконец перестанут быть пугалом, превратятся в центры психического здоровья, одной из важных задач которых будет оказание разнообразной лечебной и консультативной помощи населению — психиатрической, пси-

хологической, медико-социальной, реабилитационной и т. д. *

Это новое понимание диспансерной психиатрической службы уже дало первые результаты: произошло значительное (приблизительно 30%) сокращение числа стоящих на диспансерном учете лиц. Всего по стране к маю 1989 года было снято с учета около 2 млн. человек. Только в Москве (по данным на апрель 1989 года) на протяжении одного года снялось с учета более 60 тыс. человек. Все эти снятые с учета больные получают теперь специализированную медицинскую помощь только при добровольном их обращении к врачам.

Существенно изменился и характер взаимоотношений между пациентом (и его родственниками) и лечащими врачами-психиатрами.

«Все, что раньше проходило под грифом «для служебного пользования», или без всякого грифа скрывалось от непосвященных, любое правило, регулирующее наши будни, отношения больного с врачом, их права и обязанности,— все теперь открыто. Нельзя, как раньше, ответить больному, его близким: «Так не положено». Они могут попросить документ, подтверждающий «положенное», и его обязаны показать».

В ближайшем будущем будут пересмотрены многие ограничения, существующие ныне для больных некоторыми психическими заболеваниями, в частности, ограничения, связанные с поездками за границу, получением водительских прав и т. п.

Вместе с тем не следует упускать из виду, что перестройка деятельности психиатрических служб может повести и к возникновению определенных негативных последствий как для самого пациента, так и для общества.

Уже сегодня отмечается, например, сокращение сроков пребывания больных в больнице. Если родственники больного, не представляющего социальной опасности (или он сам), настаивают на выписке, его не станут задерживать в больнице даже в тех случаях, когда с

* Само название психоневрологического диспансера заменено на психоневрологическую консультацию. К началу 1990 г. эта замена завершена, правда, только в Москве.

чисто медицинской точки зрения, т. е. для пользы самого больного, было бы целесообразно продлить его лечение в условиях стационара еще на какой-то срок.

Аналогичным образом пациент, переставший посещать диспансер, оказывается тем самым вне сферы внимания психиатров. Если его состояние ухудшится, он будет лишен медицинской помощи до тех пор, пока сам не обратится к врачу.

Работники психиатрической службы учитывают все эти обстоятельства, разрабатывая новые формы психиатрической помощи населению.

И все же, подчеркнем еще раз, наиболее действенный путь для того, чтобы нейтрализовать влияние этих неблагоприятных моментов, состоит в повышении психиатрической грамотности населения. Люди должны быть осведомлены о причинах, проявлениях и последствиях психических заболеваний и расстройств психической деятельности, методах их лечения и профилактики. Необходимо, в частности, полностью осознать то обстоятельство, что само по себе обращение к психиатру не содержит в себе ничего зазорного, не может служить поводом для ограничения прав пациента.

К сожалению, мы еще не в полной мере готовы к тому, чтобы принять все эти новшества: сегодня лишь каждый четвертый пациент из числа нуждающихся в психиатрической помощи обращается к услугам диспансера, да и происходит это, как правило, под влиянием необходимости, а не трезвого анализа своего душевного состояния; около четверти пациентов приходят на прием к психиатру лишь спустя 5 лет после начала заболевания, т. е. со значительным опозданием.

В действительности же эта цифра еще ниже, поскольку, как уже говорилось ранее, от 15 до 30% посетителей районных поликлиник также нуждаются в психиатрической помощи. Между тем лишь у трети этих пациентов, страдающих в основном невротами, врачи общего профиля распознают расстройства психической деятельности и рекомендуют им обратиться к психотерапевту или к психиатру.

2. Обсудив важнейшие практические стороны работы психиатров в новых условиях, перейдем к рассмотрению вопросов психического здоровья (и болезни) в общем виде.

Прежде всего следует сказать, что содержание на-

учной и практической медицины, как справедливо отмечается в Большой медицинской энциклопедии, «выходит за пределы естественных наук и определяет ее биосоциальный характер». Это означает, что все медицинские понятия, такие, в частности, как «здоровье» и «болезнь», являются биосоциальными категориями, представляют собой сплав морально-этических и научных представлений о здоровье и болезни.

Мораль определяет нормы поведения, в то время как наука дает его объективное описание. Поэтому говорят, что понятия болезни и здоровья содержат в себе как нормативную, так и дескриптивную (от латинского «дескрипто», что значит описывать) составляющие.

Не все понятия, которыми мы пользуемся, устроены так сложно. Гораздо чаще нам приходится иметь дело с чисто нормативными или чисто дескриптивными категориями.

Нормативное понятие оценивает событие, но не сообщает ничего о его содержании. Например, во фразе «Отец поступил с сыном жестоко, лишив его обеда» словом «жестоко» выражено отрицательное отношение к поступку отца. Но тот же самый поступок можно было оценить иначе, сказав, что «отец поступил с сыном сурово, но справедливо».

В отличие от нормативных дескриптивные понятия этически нейтральны, описывают события объективно. В выражении «Вода из жидкого состояния перешла в твердое» слова «жидкое» и «твердое» — это дескриптивные понятия. Легко придумать прибор для определения того, находится ли в данный момент времени вода в жидком или твердом состоянии.

Биосоциальный характер болезни (в том числе психического заболевания) проявляется в том, что она, во-первых, оценивается обществом (и человеком) как нечто плохое (нормативная составляющая) и, во-вторых, характеризуется определенными объективными признаками, позволяющими обнаружить ее у данного индивида (дескриптивная составляющая).

В одной из работ К. Маркс определил болезнь как «стесненную в своей свободе жизнь», и это определение наилучшим образом отражает наши представления о нормативной составляющей любого заболевания. Болезнь — всегда зло, поскольку не позволяет человеку реализовать себя, проявить те черты характера и личнос-

ти, которые высоко оцениваются в данном обществе, находятся в самой тесной связи с тем, что составляет — по его глубокому убеждению — цель и содержание человеческой жизни.

Однако в различных культурах цель и смысл человеческой жизни понимались неодинаковым образом. Вследствие этого одни и те же состояния психики или даже организма в одних культурах могут относиться к числу болезненных, в то время как в других они нормальны или даже желательны.

Наличие галлюцинаций, например, по мнению наших предков, свидетельствовало не о болезни, а об особом предназначении индивида, пригодности к выполнению обязанностей шамана.

Вместе с тем наличия одной лишь нормативной составляющей всегда недостаточно для того, чтобы назвать наблюдаемое состояние индивида болезнью: человек, совершивший плохой поступок и даже преступление, может быть здоров в психическом отношении.

Бурное развитие биологии и медицины, свидетелями которого все мы являемся, порождает порою убеждение в том, что со временем мы сумеем освободиться от нормативной составляющей понятия болезни, заменив ее строгим описанием процессов, протекающих в организме пациента.

Сторонники этой точки зрения не замечают, что на самом деле они претендуют на гораздо большее, а именно на замену нравственности (представлений о добре и зле) научно обоснованными рецептами правильного поведения.

Чаще всего утверждается, что для описания болезни вполне достаточно такого фундаментального понятия биологии, как «адаптация».

Строгое определение этого понятия дано в третьей части главы, где мы покажем, что на его основе невозможно определить понятие психической нормы. Здесь же нам достаточно будет обратиться к интуиции читателя, указав, что адаптивное поведение — это всегда правильное (хорошее) поведение.

Как же в таком случае биологи умудряются обходиться одним только этим понятием? Да просто потому, что они знают (или решили, что знают), какие формы поведения животного хороши для него.

При определенных условиях понятие адаптации

(адаптивного поведения) может быть с успехом использовано и в психиатрии. В этом нет ничего предосудительного до тех пор, пока представления врача и пациента о хорошем и плохом совпадают между собой. Такое согласие может, однако, отсутствовать (вспомните случай с переливанием крови члену секты «Свидетели Иеговы»). В такие моменты как раз и обнаруживается, что некритическое использование понятия адаптации может приводить к нарушению прав пациента.

Уяснив содержание нормативной составляющей понятия болезни, нетрудно понять, почему психиатры сочли возможным отнести к психическим заболеваниям не только болезни в узком смысле этого слова (например, шизофрению), но и — как они говорят — приравненные к ним состояния, например психопатию и случаи врожденной и приобретенной умственной отсталости.

Кажущаяся непоследовательность психиатров обусловлена гуманными соображениями: для того чтобы помощью общества могли воспользоваться лица, страдающие незначительными расстройствами психической деятельности, необходимо было приравнять их к больным.

Вместе с тем такое расширительное толкование психического заболевания таит в себе определенную опасность. Заслышав слово «болезнь», пациент может совершенно ложным образом оценить свое состояние.

Согласно новому Положению лица, страдающие расстройствами психической деятельности, а также заболеваниями, которые не относятся к числу хронических и не проявляют тенденции к неблагоприятному течению, рассматриваются сегодня во многих отношениях как социально здоровые. Это наглядный пример того, как происходящие в обществе изменения трансформируют наше отношение к тем или иным болезненным проявлениям, передвигая границу, разделяющую социальную норму и патологию. Следует ожидать, что это изменение скажется определенным образом и на представлениях врачей-психиатров о границах психических заболеваний в узком смысле этого слова.

Весьма вероятно, что со временем врачи любого профиля все реже станут прибегать к глобальным оценкам состояния здоровья обследуемых (в том числе их психического здоровья), рассматривая этот вопрос вся-

с успехом испол-
ничего предосуди-
ения врача и па-
иют между собой.
зовать (вспомни-
ну секты «Свиде-
раз и обнаружи-
ние понятия адап-
ю прав пациента.
составляющей по-
почему психиатры
ким заболеваниям
ого слова (напри-
говорят — прирав-
сихопатию и слу-
умственной отста-

психиатров об-
: для того чтобы
аться лица, стра-
вами психической
равнять их к бо-

е толкование пси-
ределенную опас-
ациент может со-
вое состояние.

страдающие рас-
и, а также забо-
ислу хронических
опрятному тече-
ногих отношениях
ный пример того,
ения трансформи-
ным болезненным
зделяющую соци-
ожидать, что это
разом и на пред-
ицах психических
а.

ем врачи любого
глобальным оцен-
(в том числе их
этот вопрос вся-

кий раз применительно к конкретной с-
человека. Действительно, пациент, ст-
мер, язвой желудка, здоров в социа-
И все же наличие у него язвенной с-
ограничивает область его возможной с-
ности: он не сможет, например, запис-
ты или водолазы, т. е. работать там,
почечное здоровье.

Дифференцированная оценка состо-
го здоровья осуществляется уже сего-
например в Германии, Венгрии, Поль-
ческим эквивалентом (и выражением)
ция уменьшенной вменяемости.

Вместе с тем следует понимать, ч-
ния были бы невозможны или, во вс-
явились бы не столь отчетливо, если
годы не был достигнут значительный
тии психиатрии и лечении психичес-
Этот прогресс, вероятно, наиболее вы-
нии шизофрении и эпилепсии (заболе-
рассматривалось на страницах данной

Обсудив содержание нормативной с-
нятия болезни, перейдем теперь к
компоненте. Болезнь всегда в той или
полагает возможность ее объективной
могут быть симптомы, данные клинич-
пр. Влияние общества сказывается на
ковании этих объективных признаков
их болезнью или даром), но не устраня-

Обращаясь к истории медицины, м-
она развивалась в направлении пони-
критериев заболевания.

В отношении некоторых заболева-
можно считать в общих чертах завер-
пример, мы знаем сегодня, что т-
болезни, как чахотка, волчанка, золо-
различные клинические проявления
ния — туберкулеза, существо которого
размножении туберкулезных бацилл
тканях больного. При чахотке поража-
ственно легочная ткань, при волчанке —
лотухе — лимфатические железы.

Этот случай прямо противоположен
му в главе первой, где на примере бол-

мы показали, что в основе одних и тех же симптомов могут лежать нарушения, обусловленные совершенно различными по своей природе процессами, вследствие чего различные заболевания оказываются неразличимы на клиническом уровне.

К сожалению, дескриптивная составляющая многих психических заболеваний выявлена еще совершенно недостаточно. Вследствие этого некоторые психиатры даже предлагали называть аффективные психозы и шизофрению функциональными психозами, так как при этих заболеваниях не удастся выявить изменения мозговой ткани даже с помощью специальных приборов.

Такое противопоставление структуры и функции едва ли можно считать оправданным. Любая функция предполагает материальную основу, в рамках которой она только и может осуществиться: информация не существует отдельно от ее носителя. «Для меня,— писал И. П. Павлов,— конструкция и динамика вовсе не представляются такой противоположностью, как это обыкновенно думают... разделение материи и функции относительно. Анализ более глубокий совершенно уничтожит разницу между ними...»

Перед нами, таким образом, стоит сложная задача: построить простую и понятную модель психического заболевания.

Рассмотрим с этой целью систему с двумя уровнями организации: материальным и функциональным.

Рабочие и сотрудники большого доходного предприятия занимаются день изо дня делом: одни чертят, другие работают у станка, третьи получают и отправляют корреспонденцию. Заметим, что та или иная функция, выполняемая сотрудниками, лишь отчасти зависит от материального оснащения. Например, отправляемое письмо может быть отпечатано на машинке или написано от руки.

Работа предприятия вполне устраивает наблюдателя, который разглядывает его в подзорную трубу и поэтому оценивает лишь функциональную сторону деятельности.

Но вот однажды в глубине здания начался пожар. Наблюдателю он не виден. Однако с того момента, как зазвучал сигнал тревоги, поведение сотрудников изменилось и стало, с его точки зрения, непредсказуемым и абсурдным: они перестали выполнять возложенные на

них обязанности. Материальный, по своей сути, процесс распространения огня привел к дезорганизации функций, выполняемых коллективом, как в очаге пожара, так и на значительном удалении от него.

Материальной основой психических процессов являются процессы биологические. Мы полагаем, следовательно, что нарушения поведения, отмечаемые при психических заболеваниях, обусловлены пожаром — поломкой элементов биологического уровня.

Но ведь предприятие может задохнуться и в связи с известием о банкротстве фирмы, в акции которой его сотрудники в течение многих лет вкладывали свои сбережения. Не исключено, что эта ситуация может послужить в качестве модели психогенно (функционально) обусловленных нарушений психической деятельности, рассмотренных в главе 6, например, невротических реакций. Действительно, невротическая реакция — это не болезнь, а лишь расстройство психической деятельности. Она в определенном смысле аналогична телесному недомоганию, которое может пройти бесследно, но может при определенных обстоятельствах послужить началом серьезного заболевания.

Однако некоторые психиатры полагают, что невротические реакции, следуя одна за другой и как бы наслаиваясь друг на друга, приводят к болезни — неврозу. Иными словами, они считают, что длительные функциональные нарушения каким-то образом трансформируются в структурно-биологические. Вследствие этого психогенно обусловленные нарушения психической деятельности как бы отрываются от вызвавшей их причины, начиная жить своей собственной жизнью.

Этот переход болезненной реакции в болезнь может быть воспроизведен на нашей модели. Пусть, например, удрученный утратой сбережений рабочий допустил небрежность при монтаже оборудования или его ремонте, повлекшую за собой серьезную аварию, т. е. события, затрагивающие уже не только функциональный, но и материальный уровень работы предприятия.

К сожалению, нарисованная выше картина не может быть в настоящее время подкреплена данными клинико-биологических исследований больных, страдающих неврозами. А это означает, что вопрос о том, являются ли неврозы болезнью, все еще остается открытым для обсуждения.

Продолжим анализ нашей системы. Картина внезапной дезорганизации работы предприятия сложилась в голове наблюдателя, удаленного на значительное расстояние от центра событий. Наблюдатель же, посетивший предприятие, не согласился бы признать поведение его сотрудников бессмысленным. Он нашел бы, что они ведут себя адекватно ситуации, но что сама ситуация не адекватна замыслам создателя предприятия; поведение коллектива адаптивно, хотя на функциональном уровне оно выглядит как дезадаптивное и абсурдное.

Возможно, наблюдатель попытается классифицировать наблюдаемые им симптомы на негативные (обусловленные разрушительной силой огня) и позитивные (действия сотрудников по борьбе с огнем).

Подобным же образом поступают и некоторые психиатры, изучая симптомы шизофрении. Отдельные проявления этой болезни они рассматривают как отражение биологических процессов, направленных в конечном счете на восстановление нормальной деятельности мозга, в то время как другие свидетельствуют, по их мнению, скорее о разрушениях, вызванных болезнью.

«Но позвольте,— может сказать читатель,— откуда взялась уверенность в том, что шизофрения обусловлена дезорганизацией процессов, протекающих на биологическом уровне?»

Приходится признать, что на сегодняшний день мы располагаем лишь косвенными доказательствами справедливости этой точки зрения. Перечислим их.

Во-первых, для шизофрении характерны качественно новые и психологически не выводимые из прошлого пациента состояния психики, такие, например, как бред, галлюцинации и пр.

Во-вторых, существует определенный стереотип смены синдромов во времени; своеобразная внутренняя логика развития болезни, что указывает на непрерывно текущий и их обуславливающий процесс.

В-третьих, множество биологических наблюдений позволяет хотя бы в общих чертах определить характер биохимических нарушений, связанных с болезнью. Так, в частности — и мы уже упоминали об этом,— развитие шизофрении объясняют различного рода нарушениями дофаминовой системы больных.

И наконец, о вероятном наличии болезненного процесса свидетельствует сам факт наследственного пред-

расположения к шизофрении. Мозг больного еще до начала заболевания в чем-то материально отличен от мозга здорового. Эти отличия столь значительны, что не только определяют с высокой вероятностью неизбежность возникновения пожара, но и сам характер болезненного процесса. Каждый психиатр знает, что нередко заболевание шизофренией воспроизводится — вплоть до мелочей — в ряду поколений: болезнь пациента протекает точно таким же образом, как у его отца и деда. В предыдущей главе отмечалось, что аналогичную закономерность наблюдали и при изучении больных, страдающих неврозами.

Подобно тому как в суде приговор иногда выносится по совокупности косвенных улик, современный уровень развития клинической и биологической психиатрии позволяет с большой уверенностью утверждать наличие болезненного процесса в ткани мозга больного, страдающего шизофренией.

Наши познания в этой области, однако, не столь велики, чтобы однозначно охарактеризовать состояние больного, находящегося в так называемом конечном состоянии. Обычно на этом этапе заболевания у пациента отмечаются стойкие изменения личности, свидетельствующие о перенесенной болезни. Но что скрывается за этими нарушениями? Возможно, это своего рода рубец, оставшийся на месте давно зажившей раны, а может быть, они обусловлены постоянно тлеющим в глубинах мозга больного болезненным процессом. Очевидно, что только дальнейшее изучение природы шизофрении позволит ответить на этот вопрос.

Исследования такого рода затруднены тем, что такие психические заболевания, как шизофрения или аффективные психозы, являются болезнями с выраженным наследственным предрасположением. А это означает, что психиатрам необходимо научиться различать процессы, предрасполагающие к развитию заболевания, от процессов, непосредственно отвечающих за возникновение тех или иных клинических симптомов.

Эти исследования, однако, крайне важны и в практическом отношении. Действительно, если предрасположение к заболеванию определяется преимущественно генетическими факторами, то основной мерой профилактики должно стать генетическое консультирование лиц, вступающих в брак. При доминирующей же роли

факторов среды наши усилия должны быть направлены на создание условий, понижающих вероятность реализации наследственного предрасположения к заболеванию. Роль наследственных факторов, как мы видели, максимальна для заболевания аффективными психозами и шизофренией и минимальна при заболевании неврозами. В связи с этим понятна роль создаваемой в настоящее время в нашей стране службы генетического консультирования. Не менее велика роль различного рода консультативных центров, функционирующих сегодня в рамках городских, областных и прочих, психоневрологических диспансеров и специализированных психиатрических учреждений. Их сотрудники — врачи-психиатры, психологи — уже сегодня оказывают разнообразную помощь населению. Это и так называемое семейное консультирование, ставящее своей целью нормализацию отношений между членами семьи, в особенности в тех случаях, когда кто-то из них страдает психическим заболеванием; это и психологическая коррекция психической деятельности детей, чье поведение вызывает беспокойство у родителей, и многое другое.

Средовые факторы в широком смысле слова, т. е. условия жизни индивида, в значительной мере определяют также вероятность повторного приступа заболевания, такого, например, как шизофрения. Они являются сегодня предметом пристального изучения врачей-психиатров, разрабатывающих новые методы профилактики психических болезней с выраженным наследственным предрасположением.

3. В заключение затронем некоторые вопросы, выходящие за рамки психиатрии и зачастую еще недостаточно разработанные. Они интересны потому, что позволяют взглянуть на проблему психического здоровья (и болезни) под новым и значительно более широким, чем в предыдущих главах, углом зрения.

Обсудим прежде всего вопрос, остававшийся до поры до времени в тени: почему, собственно, проявления психического здоровья столь разнообразны?

Можно сказать, что наблюдаемое разнообразие — неизбежное зло, сопряженное с производством любой массовой продукции. Даже вес спичек, взятых из одного коробка, не одинаков. Стоит ли удивляться, что поведение людей столь различно.

Все, кто придерживается этой точки зрения, пони-

мают норму (психическое здоровье) как некоторое определенное, хотя и не всегда достижимое на практике состояние, своего рода идеал, к которому следует стремиться. Чаще всего под этим состоянием имеют в виду что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из общей массы и вместе с тем наиболее приспособленное, адаптированное к окружающей среде.

Однако уже в главе 5 мы обратили внимание читателя на неудовлетворительность такого подхода. К сказанному ранее добавим лишь, что чрезмерно развитая способность приспособливаться к любым условиям свидетельствует скорее не о психическом здоровье, а о моральной неразвитости личности, ее бесхребетности.

Попытаемся подойти к анализу наблюдаемого разнообразия с иных позиций. Ведь нельзя разобраться во взаимоотношениях здоровья и болезни, не выйдя в каком-то смысле за пределы этих понятий. Можно сколь угодно долго определять ночь как нечто, противоположное дню (и обратно), но для того, чтобы на самом деле понять возникновение этих явлений, следует взглянуть на Землю со стороны и осознать, что она представляет собой небесное тело, вращающееся вокруг собственной оси.

Этот новый взгляд на проблемы здоровья и нездоровья может быть выработан посредством обращения к общей теории систем.

С помощью этой теории мы узнаем следующее:
1) устойчивость сложной системы, в том числе такой, как биологический вид и человеческое общество, покоится на скрытом разнообразии образующих ее элементов (разнообразии особей, личностном разнообразии);
2) для того чтобы оценить, нормально ли ведет себя данный элемент системы, необходимо определить функцию, которую он выполняет в рамках соответствующей системы.

Проиллюстрируем справедливость сказанного на ряде примеров.

С точки зрения физиолога, поведение особи нормально (адаптивно), если оно способствует выживанию особи, а говоря более строгим языком, если оно позволяет удерживать некоторые существенные биологические переменные в границах, свойственных данному виду. «У каждого организма,— отмечает У. Р. Эшби,— есть

ряд переменных, которые имеют близкое отношение к выживанию и находятся в тесной динамической связи между собой, так что значительное изменение одной из них ведет раньше или позже к значительному изменению остальных. Например, если мы найдем, что частота пульса у крысы упала до нуля, мы сможем предсказать, что и частота дыхания вскоре будет равна нулю. Эти важные и связанные между собой переменные мы будем называть существенными переменными животного».

Все сказанное звучит очень убедительно, однако биолог-эволюционист легко выявит ограниченность данной точки зрения. Он укажет, что для выживания вида (адаптивного изменения его в ряду поколений соответственно с условиями среды) не необходимо, чтобы все особи были максимально адаптированы в указанном выше смысле, т. е. обладали качествами, максимизирующими вероятность их выживания. Для выживания вида, подчеркнет он, важно не сохранение жизни отдельной особи, а передача потомству генов, обеспечивающих успешное размножение, и поэтому в определенных условиях животное может даже погибнуть, защищая жизнь своих ближайших родственников, которые вместо него решат эту задачу, так как набор генов родственников во многом тождественен генам этого животного.

Получается, таким образом, что поведение, которое физиолог без всякого сомнения отнес бы к числу дезадаптивных, отклоняющихся от нормы, биолог-эволюционист квалифицировал как в высшей степени адаптивное. Таким образом, понятие индивидуальной нормы вообще лишено глубокого научного содержания. Норма — это не одна какая-то строго определенная форма поведения животного, а вся совокупность разнообразных форм поведения, реализующихся в популяции.

Покажем теперь, что значительное генотипическое разнообразие особей выгодно для выживания вида и поэтому поддерживается в процессе естественного отбора.

Адаптивность вида (его умение приспосабливаться к жизни в новых условиях) определяется тем, как скоро у отдельных его представителей могут проявиться признаки, увеличивающие шансы на выживание и размножение организма в этих условиях. Поскольку вид зара-

нее не знает, каковы будут эти новые условия, он должен быть готовым к любым неожиданностям.

Новый признак (мы рассмотрим самый простой с генетической точки зрения случай) появляется у особи в результате мутации. Частота мутаций разных генов достаточно мала (хотя и различна) и составляет в среднем у микроорганизмов величину порядка 10^{-6} — 10^{-9} . Поэтому возникает опасность, что, попав в новые условия, вид погибнет раньше, чем появится новая мутация. Чтобы этого не случилось, ему необходимо научиться накапливать разнообразные мутации впрок и хранить их непроявленными в расчете на то, что некоторые из них, возможно, понадобятся в дальнейшем.

Природа решила эту задачу следующим образом: некоторые признаки (их называют рецессивными) проявляются у особи лишь в том случае, если в обеих хромосомах какой-либо гомологичной пары содержится один и тот же мутантный ген (см. главу 2). Если же мутантный ген содержится только в одной из гомологичных хромосом пары, его присутствие в геноме организма может никак внешне не проявляться.

Благотворное влияние генетического разнообразия на адаптивные возможности вида может, например, проявиться следующим образом.

Предположим, что генофонд популяции одного из видов бабочек содержит рецессивный мутантный ген, придающий ее крыльям черную окраску. Это означает, что наряду с обычными белыми бабочками время от времени на свет будут появляться бабочки с черными крыльями: в результате случайным образом идущей перетасовки генов в их геноме сошлись два одинаковых рецессивных гена. Привычным местом обитания наших бабочек являются стволы берез, поэтому особи с черными крыльями будут чаще других попадать в пищу птицам, иногда даже не успев дать потомство.

Однако если с ростом промышленности в данном районе произойдет сильное загрязнение среды и стволы берез покроются толстым слоем копоти, то в этих новых условиях наши черные уродцы получают дополнительный шанс на выживание, благодаря чему доля мутантных генов в генофонде популяции начнет постепенно возрастать. Это сразу проявится в увеличении частоты появления бабочек, прекрасно адаптированных к жизни

в новых условиях, и в конечном счете обеспечит выживание всего вида в целом.

Подобная ситуация имела место в действительности в ряде районов Англии (выгодный бабочкам березовой пяденицы мутантный ген был, правда, не рецессивным, а доминантным, что не влияет на общую линию наших рассуждений).

В качестве еще одного примера можно привести серповидно-клеточную анемию человека — заболевание, широко распространенное в тех районах, где свирепствует малярия. В некоторых районах Африки, например, она отмечается у 1% новорожденных. Столь высокая заболеваемость серповидно-клеточной анемией, однако, выгодна для популяции, поскольку индивиды, гетерозиготные по гену серповидно-клеточной анемии, болеют малярией значительно реже здоровых. Их эритроциты изменены таким образом, что возбудитель малярии не может ужиться в них.

Не могут ли и некоторые другие рецессивные заболевания человека, например психические, являться платой за сохранение в генофонде человечества генов, которые уже сегодня (в комбинации с другими генами) придают отдельным представителям человеческого рода дополнительные шансы на выживание или сохраняются впрок, поскольку могут оказаться полезными в будущем?

Такое предположение не раз высказывалось учеными. Наиболее детально оно обсуждалось применительно к шизофрении.

Давно уже было замечено, что здоровые в психическом отношении люди могут проявлять некоторые особенности личностного склада, очень похожие на те, которые возникают при заболевании шизофренией. Эти проявления могут иметь тотальный характер, и тогда говорят о шизоидной психопатии; в менее выраженных случаях констатируют наличие шизоидной акцентуации личности. Размышляя над этими фактами, ученые предположили, что генотип больного содержит ген, отвечающий за проявление шизоидных черт, но не приводящий в отсутствие других генов к заболеванию шизофренией.

Имеются ли, однако, может спросить читатель, какие-либо основания считать, что шизоидность — это нечто полезное для человечества в целом? Вот что ду-

мал по этому поводу крупнейший отечественный психиатр П. Б. Ганнушкин.

«При наличии интеллектуальной или художественной одаренности или достаточной возможности проявить свою инициативу и самостоятельность шизоиды способны к чрезвычайно большим достижениям, особенно ценным благодаря их независимости и оригинальности. Среди шизоидов можно найти людей, занимающих позиции на тех вершинах царства идей, в разреженном воздухе которых трудно дышать обыкновенному человеку: сюда относятся утонченные эстеты-художники, глубокомысленные метафизики, наконец, талантливые ученые-схематики и гениальные революционеры в науке, благодаря своей способности к неожиданным сопоставлениям с бестрепетной отвагой преображающие, иногда до неузнаваемости, лицо той дисциплины, в которой они работают».

Таким образом, высказывание этого психиатра поддерживает представление о том, что высокая частота встречаемости шизофрении у населения может быть обусловлена полезностью шизоидного гена для популяции в целом.

Было бы, однако, преждевременным принять такую гипотезу за научно обоснованный факт. Многие тут еще остаются неясным. Так, например, не определено, в какой мере одинаковы шизоидные черты, встречающиеся у здоровых людей и у членов семей больных шизофренией.

Главным итогом наших размышлений должен быть поэтому вывод более общего порядка: осознание того, что жизнеспособность вида (в том числе нашего с вами) зависит от разнообразия генов, содержащихся в его генофонде, и соответственно фенотипического разнообразия: различий в физической организации, чертах характера, поведении.

Противоречия между интересами вида и особи в животном мире решаются всегда таким образом, что жизнь особи приносится в жертву интересам вида. В человеческом же обществе возникает совершенно новая ситуация.

Интересы личности соотносятся, но порою могут не совпадать с интересами особи, интересами вида *Homo sapiens* и общественными интересами. Сложность возникающих в этой связи коллизий исключительно велика.

Обычно они являются объектами изучения уже не психiatров, а писателей, социальных психологов и юристов.

Человек, убивший своего товарища для того, чтобы не делиться с ним скудным запасом продовольствия, спас тем самым свою биологическую жизнь, но вместе с тем погубил социальную.

Это, конечно, самый простой из возможных примеров, иллюстрирующих несовпадение биологической и социальной норм, поскольку поведение такого человека мы квалифицируем как преступное. Жизнь, однако, постоянно порождает и более запутанные ситуации. «Можно ли утверждать,— спрашивал в этой связи в одной из работ английский ученый У. Р. Эшби,— что римский солдат, убивший Архимеда в Сиракузах, обнаружил большую адаптивность поведения, чем Архимед?» Очевидно, что ответ на этот вопрос лишен однозначности, определяется позицией, которую занимает обсуждающий его, т. е. его представлениями о хорошем и плохом.

Порою же биологическое и социальное сражаются в одном и том же человеке — в общественном деятеле, сгорающем на работе, или художнике, который живет впроголодь, но не перестает писать картины, которые никто не покупает,— словом, множестве людей, чье активное участие в общественной жизни принимает формы, наносящие ущерб здоровью и сокращающие их жизнь.

Разнообразие, необходимое для развития вида, возникает благодаря мутациям. Менее понятны источники разнообразия форм поведения людей, поскольку здесь приходится учитывать и влияние общества на личность, и конституциональные особенности самой личности, и наконец, ее способность к тому, что мы называем творчеством.

Обсуждая этот вопрос, Н. Н. Моисеев обращает внимание, в частности, на такое системное свойство человека, как разум.

«Дело в том,— отмечает он,— что разум способен отражать реальность, способен видеть себя со стороны и оценивать исход тех или иных действий своего носителя — человека. Но эти отражения отнюдь не универсальны и не являются рефлексам. В одних и тех же ситуациях два разных человека принимают разные решения. Следовательно,— заключает Н. Н. Моисеев,—

возникает еще одна ипостась изменчивости — неопределенность в принятии решений, а значит, и в принципах отбора».

Огромное генетическое разнообразие, непосредственно определяющее фенотипическое разнообразие животных, у человека служит лишь предпосылкой (материальной основой) для разнообразия конституционального. Личность же, формирующаяся на той или иной конституциональной основе, — продукт общества. «Для того, чтобы жить в обществе, — отмечает видный отечественный психолог А. Н. Леонтьев, — человеку недостаточно того, что дает ему природа при его рождении. Он должен еще овладеть тем, что было достигнуто в процессе исторического развития человеческого общества». Эти достижения образуют то, что мы называем культурой.

Вместе с тем общество, как и вид, — не застывшее образование, а развивающаяся система. Эти системы обнаруживают между собой много общего. Согласно сторонникам так называемого универсального эволюционизма такое сходство не случайно. «Три термина дарвиновской триады — «изменчивость», «наследственность», «отбор», — отмечает Н. Н. Моисеев, — являются ключевыми для описания любых движений, происходящих в неживом мире, живом веществе и обществе». В частности, как и вид, общество должно сочетать в себе определенную устойчивость со способностью к изменению.

Устойчивость на биологическом уровне обеспечивается механизмами наследственной передачи генетической информации, а изменчивость — способностью к внезапному (и непредсказуемому) изменению генетического материала (мутациям) и последующим отбором обусловленных этими мутациями признаков.

Устойчивость общества обеспечивается воспроизводством лиц, адаптированных к окружающей их социальной обстановке, принимающих действительность такой, какая она есть, и действующих преимущественно на основе уже существующих «правил игры». В то же время для своего развития обществу нужны, хотя и в меньшем числе, разного рода возмутители спокойствия, «еретики», которые тем самым в индивидуальном (или биологическом) отношении оказываются порою плохо адаптированными к жизни. Это, по выражению истори-

ка-этнографа Л. Н. Гумилева, — «пассионарные личности», ставящие интересы «дела», «идею» выше благоразумия, того, что диктуется инстинктом самосохранения. Естественно, лишь некоторые из них вносят положительный вклад в жизнь общества.

Можно, вероятно, предположить, что тысячами разных путей на основе достаточно высокого генетического (и конституционального) разнообразия вступающих в жизнь индивидов, общество формирует потребное соотношение личностей разного типа, т. е. характер и степень их личностного разнообразия.

Когда эпоха, например эпоха Возрождения, отмечает П. П. Гайденко, нуждалась в ярких, безудержных индивидуалистах, она породила их в масштабах, поражающих воображение. «Именно эпоха Возрождения, — продолжает далее она, — дала миру целый ряд выдающихся индивидуальностей, обладающих ярким темпераментом, всесторонней образованностью, выделяющихся среди остальных своей волей, целеустремленностью, огромной энергией. И дело, разумеется, здесь не в том, что по случайному стечению обстоятельств XV и XVI века оказались столь богатыми крупными дарованиями, дело тут в самой установке общественного сознания...» В периоды же относительной социальной стабильности (например, средние века), указывает этот автор, типичны были лица совершенно иного склада, нарочито подчеркивающие свою анонимность. «Не было другой эпохи, — цитирует она в этой связи немецкого историка Г. Фойгта, — когда такие массы людей жили бы и действовали — даже думали и чувствовали — настолько одинаково, как в средние века. Если появлялись выдающиеся люди, то они выступали только как представители системы... (или ее жертвы, добавим мы), только как первые среди равных, точно так же, как главы феодального государства и церкви. Их величие и сила зависели не от случайностей и своеобразия их личности, а от того, что они энергично представляли идеальное ядро своей системы и при этом жертвенно отрицали самих себя...»

Изучением этих интересных вопросов занимается социальная психология.

Не надо, однако, быть специалистом, чтобы понять, что в достаточно большой человеческой популяции всегда найдутся лица, проповедующие крайние точки

зрения, готовые, например, пожертвовать плотью ради духа, или, напротив, с пренебрежением относящиеся к так называемой духовной жизни, новаторы и те, кому более по душе определенность и стабильность. Большинство же старается избегать крайностей, нередко претендуя при этом на то, чтобы только их поведение всеми признавалось за норму.

Что же еще, кроме личного разнообразия, необходимо обществу для нормальной жизни и развития? Наверное, лишь то, чтобы взаимодействие между сторонниками различных точек зрения на природу человека (да и по любым иным вопросам) не сопровождалось насилием. И не потому, что насилие плохо, а потому, что оно неизбежно поведет к уменьшению разнообразия, сначала, может быть, только на социальном, а потом и генетическом уровне.

Пробуждая к жизни людей самого различного типа, здоровое и полное сил общество создает и условия для того, чтобы каждый смог найти для себя наиболее адекватную, как в психическом, так и социальном отношении, нишу.

Однако детальное обсуждение возникающих при этом проблем не может быть проведено на страницах настоящей книги. Они по своей сложности и значимости заслуживают отдельного рассмотрения.

НАПОСЛЕДОК О САМОМ ГЛАВНОМ

8

Работая над этой книгой, автор надеялся, что она поможет читателю выработать верное, хотя и не очень строгое, представление относительно внешних проявлений и природы наиболее важных и часто встречающихся расстройств психической деятельности, познакомит его с основными принципами работы психиатра и механизмами действия

лекарственных средств, используемых в психиатрии. Все эти сведения, интересные сами по себе, позволяют ему преодолеть традиционное негативно-подозрительное отношение к психиатрии и психиатрам, принять правильные и своевременные решения, касающиеся состояния своего душевного здоровья.

Один из самых важных выводов, к которому автор старался подвести читателя, состоит в том, что расстройства психической деятельности — это не исключение, а своего рода правило, т. е. представляют собой такое же часто встречающееся явление, как расстройство желудка.

В подавляющем большинстве случаев эти расстройства не первые признаки начинающегося заболевания, а преходящие болезненные реакции, возникающие у определенных лиц в определенных условиях (см. гл. 6). Обычно такие реакции со временем затухают, однако стоит ли пассивно дожидаться их окончания, понапрасну мучить себя, иногда в течение достаточно долгого времени? Следует также помнить о том, что многократно повторенные, эти реакции могут повести к болезни, сказаться на самой личности индивида, подобно тому как частые поранения, обычно бесследно исчезающие, могут привести к возникновению незаживающей язвы. Поэтому, обнаружив те или иные неполадки в своей психической деятельности, крайне важно возможно в более короткие сроки справиться с ними; лучше всего сделать это, обратившись за советом к специалисту — психоневрологу или психиатру. Врач не только избавит па-

пациента от беспокоящих его симптомов, но и поможет разобраться в причинах их возникновения. Опираясь на советы врача, пациент определит, как ему следует вести себя в дальнейшем, с тем чтобы свести к минимуму саму возможность повторения болезненных реакций. Если же случится так, что тревожащие человека симптомы — свидетельство начавшегося душевного заболевания, то в этом случае своевременное обращение к специалисту существенным образом положительно скажется на всей последующей судьбе пациента, затормозит или вообще приостановит дальнейшее развитие болезненного процесса.

В этом месте следует еще раз напомнить о том, какой большой вред может нанести себе пациент, занимаясь самодеятельностью в части постановки диагноза и назначения медикаментозного лечения. Практика психиатров свидетельствует о том, что подобные ошибки свойственны даже пациентам с достаточно высоким уровнем культурного развития. Они, в общем-то, прекрасно понимают, что для того чтобы квалифицированно справиться с указанными выше задачами, надо сначала закончить медицинский институт, а затем еще два года проучиться в ординатуре под руководством опытных специалистов. Однако это понимание не прибавляет им благоразумия, а скорее, напротив, придает дополнительную уверенность в собственных силах.

Вывод из вышесказанного, таким образом, состоит в том, что во всех случаях возникновения серьезных опасений за состояние своего душевного здоровья **не следует медлить** с обращением к специалисту — психоневрологу или психиатру.

Всякий культурный человек не видит в обращении к психиатру ничего зазорного: для него это столь же естественно, как обращение к дантисту. К сожалению, справедливость этого утверждения признается далеко не всеми. И в этом отношении население нашей страны разительно (и в худшую сторону) отличается от населения других развитых стран. В США, например, любой гражданин, обладающий средним материальным достатком, на протяжении своей жизни неоднократно прибегает к помощи психиатра-психоаналитика или психолога. «Для решения каждой из числа возникающих в моей жизни проблем,— скажет он,— я предпочитаю обращаться к специалисту. Если я задумал построить дом, я свяжусь

с архитектором, ну а если я почувствую, что на душе у меня паршиво, что моя жизнь как-то вся запуталась и пошла не туда куда надо, я иду к профессионалу другого профиля — клиническому психологу или психиатру». Такой человек не постесняется при случае упомянуть в разговоре о недавнем своем посещении врача-психиатра или психолога. Его собеседник, в свою очередь, отнесется к этому абсолютно спокойно.

Отчего же такая самоочевидная истина не проникла до сих пор в сознание наших сограждан и не укоренилась в нем?

Думается, что это в значительной мере следует объяснять историей нашей страны, где на протяжении многих лет личность рассматривалась лишь в качестве инструмента, служащего для достижения провозглашенных свыше грандиозных общественных целей. Ей не уделялось должного внимания ни в жизни (отсутствие правовых норм по защите личности), ни в искусстве, ни в медицине. Данная глобальная установка общественного сознания определила и позицию, занимаемую отечественными психиатрами, которые стали ориентироваться преимущественно на изучение биологических, а не личностных корней расстройств психической деятельности.

В последние годы, однако, положение начало изменяться в лучшую сторону. Все большее число психиатров осознают необходимость в перестройке своей деятельности. Конкретно это проявляется в резком увеличении спроса на клинических психологов, специалистов, призванных заполнить брешь, существующую между традиционными психологами (изучающими нормальную психическую деятельность) и врачами-психиатрами. Именно эти специалисты, вероятно, возьмут на себя задачу усвоения и практического применения знаний, накопленных за последние десятилетия психологами и психиатрами зарубежных стран.

Парадоксально, но одним из факторов, стимулирующих формирование кадров клиницистов-психологов, явился бурный расцвет в нашей стране разного рода целителей, которые, чутко уловив запросы населения, взялись выполнять функции этих отсутствующих у нас (или почти отсутствующих) специалистов. В связи с этим стала совершенно очевидной необходимость в том, чтобы противопоставить деятельности этих целителей работу профессионалов и на деле продемонстрировать ее

высокую эффективность. Данная ситуация, однако, заслуживает того, чтобы рассмотреть ее более подробно.

В главе, посвященной неврозам (см. гл. 6), мы узнали, что при определенных условиях личность как бы предпочитает пойти по пути иллюзорного решения вставших перед нею проблем. Зачастую это достигается посредством регресса или использования различных форм психологической защиты. Реальные проблемы при этом остаются нерешенными, однако, несмотря на это, личность может испытывать определенное субъективное чувство облегчения.

Оглядываясь вокруг, нетрудно заметить, что, по существу, аналогичный процесс невротизации захватил сегодня большие группы населения. Все мы живем в условиях крайнего нервного напряжения, поставлены перед необходимостью решать проблемы, далеко превосходящие наши силы и умение. При этом каждому из нас ясно, что мы вступили — вместе со страной — в своеобразный переходный период, однако никому не известно, где же именно мы окажемся по его завершении. Многие люди вдруг обнаружили, что дело, которому они посвятили свою жизнь, либо отвергается как бессмысленное, либо признается откровенно вредным. Старые правила поведения, казавшиеся еще вчера незыблемыми, утратили силу, а новые еще не сложились.

Закономерной реакцией на данную ситуацию явилось своеобразное массовое бегство от реальности и как следствие — оживление, казалось бы, навсегда ушедших в прошлое и давно забытых суеверий, выступающих то под старыми, то под новыми масками (Барабашка, экстрасенсы, астрологи, специалисты в области белой и черной магий). Этим же положением следует объяснять появление большого числа лиц, жадно перенимающих внешние ритуалы и символику, свойственные той или иной религии, при полном отсутствии у них подлинно религиозной веры (ведь вера приходит к человеку в результате долгого и непростого процесса внутреннего духовного развития).

Таким образом, с одной стороны, в нашем обществе ощущалась (и все еще сохраняется) колоссальная потребность в людях, способных помочь человеку в борьбе с его душевными невзгодами, потребность, которая в силу отмеченных выше причин не могла быть удовлетворена силами врачей-профессионалов. С другой стороны,

растущая невротизация населения (плюс обнищание, плюс отсутствие лекарств) приводила к тому, что люди во всевозрастающей мере стали подпадать под власть темных иррациональных сил, равно приемлющих био-поле, астрологию и колдовство.

Вот это-то сочетание указанных двух факторов и привело к тому, что сегодня у нас в почете не врачи-профессионалы, а разного рода лица, готовые за умеренную плату исцелить пациента от любой болезни.

Вывод из всего вышесказанного напрашивается сам собой: мы во всех случаях должны по мере сил вести себя разумно. Сон разума, как справедливо отражено на одном из офортов Ф. Гойи, способен породить лишь чудовищ. Таким образом, при появлении сомнений относительно своего душевного здоровья **следует обращаться только к специалисту.**

В этом месте автор предвидит возражения ряда читателей. «Нам доподлинно известны,— скажут они,— случаи внезапного и полного исцеления людей, неизлечимо больных долгие годы». «Что ж,— ответит им автор,— если бы такие случаи время от времени действительно не наблюдались, то и говорить было бы не о чем. Они, эти случаи, представляют собой неоспоримый факт, кстати сказать, прекрасно известный психиатрам».

Действительно, в главе, посвященной неврозам, мы упоминали, что истерия может проявляться в параличах, глухоте, слепоте и иных симптомах, имитирующих серьезные заболевания внутренних органов. Психогенная природа этих страданий не всегда распознается врачом-терапевтом. Справиться с такой задачей, однако, вполне может целитель-экстрасенс (равно, как и врач-психотерапевт, к которому, к сожалению, наш пациент так и не удосужился обратиться). Обладая в глазах пациента непререкаемым авторитетом, а то и ореолом святости, он прибегает при этом к хорошо известным психиатрам психотерапевтическим процедурам. Говоря это, автор готов допустить, что, возможно, некоторые из целителей пользуются методами, не известными современной психотерапии. Очевидно, что для того чтобы разобраться в этом вопросе, надо внимательно понаблюдать за их работой. К сожалению, однако, целители не очень-то стремятся к тому, чтобы ознакомить врачей с используемыми ими приемами или стоят на том, что применять их могут лишь люди, наделенные особым даром.

Психотерапевтические методы могут оказывать заметное положительное влияние на лиц, страдающих неврозами, а также больных аффективными расстройствами и шизофренией, т. е. эндогенными психическими заболеваниями.

Это происходит потому, что врачи-психотерапевты (равно, как и целители) апеллируют в своей деятельности к оставшейся непораженной составляющей личности человека. Ведь больной не только болеет, но и реагирует (зачастую болезненным образом) на свое заболевание. Психотерапевтические воздействия ослабляют эту реакцию, облегчая больному поиск нового положения душевного равновесия, помогая ему справиться с различными жизненными проблемами, вызванными к жизни болезнью.

Следует заметить, что ослабление страданий пациента вовсе не обязательно свидетельствует об успешном подавлении вызвавшего их болезненного процесса. Как часто, в особенности в последние годы, к психиатру обращаются пациенты, испытавшие кратковременное облегчение от общения с экстрасенсом или иным врачом-целителем душ. Внимательное изучение такого пациента, как правило, приводит врача к неутешительному выводу: неумелым вмешательством болезнь была, если так можно выразиться, загнана внутрь. Перестав восприниматься больным, она тем не менее не прекратила своей разрушительной работы. В этой связи можно также напомнить читателю тот на первый взгляд парадоксальный факт, что наиболее серьезные нарушения психической деятельности могут вообще не осознаваться пациентом как болезненные. Лучшей иллюстрацией справедливости этого положения является мания (гл. 2) и бредовые расстройства (см. гл. 3). Так, в частности, пациент, страдающий алкогольным бредом ревности, убежден в том, что он абсолютно здоров.

В целом же не вызывает сомнений, что вред, который целители наносят душевнобольным, значительно превышает объем приносимой ими пользы. Это обусловлено тем, что они не способны разобраться в действительной природе душевного заболевания и назначить соответствующее медикаментозное лечение. Зачастую такой целитель прямо настаивает на том, чтобы пациент вообще отказался от любой лекарственной терапии.

Неоднократно остерегая читателя от попыток самолечения и рекомендуя ему во всех сомнительных случаях обращаться за помощью к психоневрологу или психиатру, мы вовсе не проповедуем бездействие и пассивность.

Душевное здоровье, как и физическое, может быть даром судьбы. Нам известно, однако, много случаев, когда человек, слабый от рождения, достигал очень высокого уровня физического развития благодаря своей воле, настойчивости и упражнениям. Гораздо меньше известно об аналогичных успехах людей, поставивших своей целью обрести подлинное душевное здоровье или по крайней мере исчерпать до дна возможности, предоставленные им их конституцией.

Далее других, вероятно, в разработке соответствующих методик пошли люди Востока, отчетливо осознававшие неразрывную связь между физическим и душевным здоровьем человека. Сегодня мы видим, как многие из них постепенно усваиваются нашей культурой. Этот процесс, однако, происходит с большим трудом, в частности, потому, что доставшиеся нам в наследство руководства создавались под определяющим влиянием господствовавшего в обществе мировоззрения, которое плохо стыкуется с нашими нынешними взглядами и убеждениями.

Можно указать еще на одну причину, затрудняющую разработку такого рода программ духовного самосовершенствования. Она — в огромном разнообразии человеческого материала. Для того чтобы дать тому или иному человеку какие-либо конкретные рекомендации по данной проблеме, необходимо прежде всего глубоко и всесторонне ознакомиться с особенностями его личности. Важно, однако, понимать, что такие пути повышения уровня психического здоровья, причем, как для психически здоровых, так и для страдающих душевными заболеваниями людей, существуют и известны специалистам. Говоря о них в самом общем виде, можно указать, что они состоят в использовании приемов и методов, способствующих процессу саморазвития личности, облегчающих ей поиск способов возможно более полного самовыражения в творчестве, общении, совместной деятельности с другими, значимыми для нее людьми.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Александровский Ю. А. Глазами психиатра.— 2-е изд.— М.: Сов. Россия, 1985.

Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии.— М.: Наука, 1987.

Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедер Л. Мозг, разум и поведение.— М.: Мир, 1988.

Братусь Б. С. Аномалии личности.— М.: Мысль, 1988.

Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии: Книга для учителя.— М.: Просвещение, 1986.

Вацлавик П. Как стать несчастным без посторонней помощи.— М.: Прогресс, 1990.

Генетика и наследственность: Сб. статей.— М.: Мир, 1987.

Грандо Л. А. Врачебная этика и медицинская деонтология.— 2-е изд.— Киев.: Вища школа, 1988.

Канабих Ю. История психиатрии.— Л.: Гос. мед. изд-во, 1929.

Кликс Ф. Пробуждающееся мышление.— М.: Прогресс, 1983.

Лупьян Я. А. Барьеры общения, конфликты, стресс.— Минск: Вышэйшая школа, 1986.

Монсеев Н. Н. Алгоритмы развития.— М.: Наука, 1987.

Симонов П. В. Темперамент, характер, личность.— М.: Научка, 1984.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции.— М.: Наука, 1989.

Шибутани Т. Социальная психология.— М.: Прогресс, 1969.

Эшби У. Р. Конструкция мозга.— М.: ИЛ, 1962.

Оглавление

Вместо предисловия	3
О психическом здоровье и психических заболеваниях	5
Аффективные расстройства: мании и депрессии	23
Два «кита» большой психиатрии: бред и галлюцинации	41
Расщепленная болезнью личность	60
Расстройства личности	91
В океане неврозов	117
Двойственная (бисоциальная) природа болезни	156
Напоследок о самом главном	184
Рекомендуемая литература	191

Научно-популярное издание

Роберт Рафаилович Лидеман

ЗА ГРАНЬЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Главный отраслевой редактор *А. Нелюбов*

Редактор *Н. Феоктистова*

Мл. редактор *Н. Карячкина*

Худож. редактор *М. Бабицева*

Техн. редакторы *А. Гулина, Т. Веденеева*

Корректор *С. Ткаченко*

ИБ № 12009

Сдано в набор 01.10.91. Подписано к печати 09.03.92. Формат бумаги 84×108^{1/32}.
Бумага газетная. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 10.08.
Усл. кр.-отт. 10,29. Уч.-изд. л. 10,62. Тираж 50 000 экз. Заказ 1—403. С—74.
Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4.
Индекс заказа 926702.

Полиграфкомбинат «Молодь». 254119, Киев, ул. Пархоменко. 38—44.

215

ЗНАНИЕ

Р.Р. ЛИДЕМАН

ЗА ГРАНЬЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

